

ANNÉE 1924

THESE

N°  
**447**

POUR

Le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

**BARDY Émile**

~~Né~~ Né à Paris le 17 avril 1893

*Externe des Hôpitaux de Paris*

---

ÉTUDE SUR LA GUÉRISON

DE

L'ANÉMIE PERNICIEUSE  
GRAVIDIQUE

---

*Président : M. le Professeur COUVELAIRE.*

---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1924







ANNÉE 1924

THESE

N°

447

POUR

Le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

BARDY Émile

Né à Paris le 17 avril 1893

*Externe des Hôpitaux de Paris*

---

ÉTUDE SUR LA GUÉRISON

DE

L'ANÉMIE PERNICIEUSE  
GRAVIDIQUE

---

*Président : M. le Professeur COUVELAIRE.*

---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1924

I. — PROFESSEURS



|                                                                          | MM.             |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Anatomie .....                                                           | NICOLAS.        |
| Anatomie médico-chirurgicale .....                                       | CUNÉO.          |
| Physiologie .....                                                        | Ch. RICHET.     |
| Physique médicale .....                                                  | André BROCA.    |
| Chimie organique et chimie générale.....                                 | DESGREZ.        |
| Bactériologie .....                                                      | BEZANÇON.       |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                       | BRUMPT.         |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                              | Marcel LABBÉ.   |
| Pathologie médicale .....                                                | SICARD.         |
| Pathologie chirurgicale .....                                            | LECÈNE.         |
| Anatomie pathologique .....                                              | LETULLE.        |
| Histologie .....                                                         | PRENANT.        |
| Pharmacologie et matière médicale.....                                   | RICHAUD.        |
| Thérapeutique .....                                                      | CARNOT.         |
| Hygiène .....                                                            | LÉON BERNARD.   |
| Médecine légale .....                                                    | BALTHAZARD.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                          | MÉNÉTRIÉR.      |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                                | ROGER.          |
| Clinique médicale .....                                                  | GILBERT.        |
|                                                                          | CHAUFFARD.      |
|                                                                          | ACHARD.         |
|                                                                          | WIDAL.          |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                          | MARFAN.         |
| Clinique des maladies des enfants.....                                   | NOBÉCOURT.      |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-<br>céphale ..... | H. CLAUDE.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                     | JEANSELME.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                            | GUILLAIN.       |
| Clinique des maladies infectieuses.....                                  | TEISSIER.       |
| Clinique chirurgicale .....                                              | DELBET.         |
|                                                                          | HARTMANN.       |
|                                                                          | LEJARS.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                           | GOSSET.         |
| Clinique urologique .....                                                | DE LAPPERSONNE. |
| Clinique d'accouchements .....                                           | LEGUEU.         |
|                                                                          | COUVELAIRE.     |
|                                                                          | BRINDEAU.       |
| Clinique gynécologique .....                                             | JEANNIN.        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....                       | J.-L. FAURE.    |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                    | Auguste BROCA.  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                  | VAQUEZ.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                                 | SEBILÉAU.       |
| Clinique propédeutique .....                                             | DUVAL.          |
|                                                                          | SERGENT.        |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.          |                                         | MM.           |                                         |
|--------------|-----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|
| ABRAMI.....  | Pathologie médicale.                    | LABBÉ Henri   | Chimie biologique.                      |
| ALGLAVE....  | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | LARDENNOIS    | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| AUBERTIN ..  | Pathologie médicale.                    | LE LORIER .   | Obstétrique.                            |
| BASSET ..... | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | LEMAITRE ...  | Oto-rhino-laryngolo-<br>gie.            |
| BAUDOUIN ... | Pathologie médicale.                    | LEMIERRE ..   | Pathologie médicale.                    |
| BINET .....  | Physiologie.                            | LEVY-SOLAL    | Obstétrique.                            |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique.                      | LHERMITTE ..  | Pathologie mentale.                     |
| BRANCA ....  | Histologie.                             | LIAN .....    | Pathologie médicale.                    |
| BRULÉ .....  | Pathologie médicale.                    | MATHIEU ...   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| BUSQUET ...  | Pharmacologie et ma-<br>tière médicale. | METZGER ...   | Obstétrique.                            |
| CADENAT ...  | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | MOCQUOT ...   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| CLERC .....  | Histologie.                             | MONDOR ....   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| DEBRÉ .....  | Pathologie médicale.                    |               | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| CHAMPY ..... | Pathologie médicale.                    | MOURE .....   | Histologie.                             |
| CHIRAY ..... | Pathologie médicale.                    | MULON .....   | Histologie.                             |
| I. DE JONG.. | Anatomie pathologi-<br>que.             | PHILIBERT .   | Bactériologie.                          |
| DUVOIR ....  | Médecine légale.                        | RIBIERRE .... | Pathologie médicale.                    |
| ECALLE ..... | Obstétrique.                            | RICHTÉ Fils.. | Physiologie.                            |
| FIESSINGER.  | Pathologie médicale.                    | ROUVIÈRE ...  | Anatomie.                               |
| FOIX .....   | Pathologie médicale.                    | STROHL ....   | Physique médicale.                      |
| GARNIER ...  | Pathologie expéri-<br>mentale.          | TANON .....   | Pathologie médicale.                    |
| HARVIER. ... | Pathologie médicale.                    | TIFFENEAU .   | Pharmacologie et ma-<br>tière médicale. |
| HEITZ-BOYER  | Urologie.                               | VAUDESCAL .   | Obstétrique.                            |
| HOVELACQUE   | Anatomie.                               | VERNE .....   | Histologie.                             |
| JOYEUX ..... | Parasitologie.                          | VILLARET ...  | Pathologie médicale.                    |
|              |                                         | WELTER ....   | Ophtalmologie.                          |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.         |                      | MM.          |                             |
|-------------|----------------------|--------------|-----------------------------|
| CAMUS ..... | Physiologie.         | RETTERER .   | Histologie.                 |
| GOUGEROT .. | Obstétrique.         |              |                             |
| GUÉNIOT ... | Pathologie médicale. | ROUSSY ..... | Anatomie pathologi-<br>que. |

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

##### MM.

AUVRAY ... Clinique chirurgi-  
cale.  
CHEVASSU .. Clinique chirurgi-  
cale.  
LAIGNEL-LAVAS-  
TINE ..... Clinique médicale.  
LEREBoullet Clinique médicale in-  
fantile.  
LÉRI ..... Clinique médicale.  
LœPER .... Clinique médicale.

##### MM.

OMBRÉDANNE Clinique médicale in-  
fantile.  
PROUST ... Clinique chirurgi-  
cale.  
RATHERY ... Clinique médicale.  
SCHWARTZ .. Clinique chirurgi-  
cale.  
TERRIEN ... Clinique ophthalmo-  
logique.

#### V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé

Chargé du cours de chirurgie orthopédique  
chez l'adulte pour les accidentés du tra-  
vail, les mutilés de guerre et les infirmes  
adultes.

FREY .....

Stomatologie.

N... ..

Education physique.

LEDoux-LEBARD ..

Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les  
opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent  
être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur  
donner aucune approbation ni improbation.*

*Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser à Monsieur le Professeur Couvelaire, nos très vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.*

*Nous tenons également à exprimer à notre Maître, Monsieur le Docteur Aubertin, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Louis, nos sentiments de profonde gratitude pour ses précieuses leçons, aussi pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans son service, et au cours de ce travail qu'il a bien voulu diriger.*

*Nous adressons aussi nos remerciements à Monsieur Clerc, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Lariboisière, et à Monsieur Vermelin, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations inédites.*



A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON PERE  
ET DE MON FRERE, *Médecin auxiliaire*,  
Mort au champ d'honneur

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique

de la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR AUBERTIN

Professeur agrégé

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES A LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD  
Président de l'Académie de Médecine  
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR LEJARS  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RATHERY  
Médecin de l'Hôpital Tenon

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE  
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERY  
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR KLIPPEL  
Médecin de l'Hôpital Tenon  
M. LE DOCTEUR BRODIN  
Médecin des Hôpitaux  
M. LE DOCTEUR HUBER  
Médecin des Hôpitaux  
M. LE DOCTEUR FLANDIN  
Médecin des Hôpitaux  
M. LE DOCTEUR M. BLOCH  
Médecin des Hôpitaux  
M. LE DOCTEUR TOURAINE  
Médecin des Hôpitaux

A MES CONFERENCIERS

M. LE DOCTEUR J.-C. BLOCH  
M. LE DOCTEUR CHEVALLIER

A M. LE DOCTEUR G. GROSS  
Professeur Agrégé de Nancy  
Ancien Médecin Chef  
de l'Ambulance Automobile Chirurgicale n° 12

## CHAPITRE I<sup>er</sup>

Depuis les travaux de M. *Aubertin*, il est actuellement admis partout qu'il existe deux anémies pernicieuses : l'une de forme plastique, à guérison possible, l'autre de forme aplastique, toujours mortelle.

Chez la femme enceinte, l'anémie pernicieuse revêt la forme plastique ; dans toute la littérature, en effet, on ne trouve qu'un seul cas d'anémie aplastique gravidique, le cas de Massary et Weil, et à évolution mortelle, naturellement.

Les cas d'Anémie pernicieuse qui vont faire l'objet de cette étude seront donc toujours du type plastique, seul susceptible de guérison.

L'anémie pernicieuse gravidique ne peut faire l'objet d'une étude spéciale qu'autant que l'on admet sa différenciation avec l'anémie pernicieuse en générale ; le premier problème qui se pose donc, est de savoir si la grossesse n'est qu'un accident ajouté à l'anémie pernicieuse commune, ou si l'on doit, à côté de l'anémie pernicieuse, faire une place à l'anémie pernicieuse gravidique.

Beaucoup d'auteurs envisagent l'anémie pernicieuse de la femme enceinte comme tout à fait indépendante de la grossesse.

*Tarnier* ne croit pas qu'il existe une anémie pernicieuse propre à la femme enceinte. Pour lui, il y a une

anémie pernicieuse chez les femmes enceintes, non une anémie pernicieuse des femmes enceintes.

*Lazarus* nie complètement l'influence de la grossesse, « il ne connaît pas de cas où la maladie aurait été provoquée par cet état ».

*Rudaux* soutient aussi l'indépendance de l'anémie pernicieuse et de la grossesse, il ne voit entre elles « aucune relation de cause à effet, mais seulement une pure coïncidence ».

Pour *Garipuy*, l'anémie pernicieuse survenue chez une femme enceinte « ne doit pas être de ce fait rangée dans le cadre des anémies symptomatiques ».

De même selon *Resinelli*, il n'est pas possible de considérer l'anémie pernicieuse gravidique « comme une entité morbide spéciale à la grossesse. »

Pour *Sbisa*, la gravidité peut causer une chloro-anémie avec poïynucléose facilement curable, mais pas d'anémie pernicieuse véritable.

Enfin pour *Jousselin* (1914), l'anémie pernicieuse, apparaissant au cours de la grossesse, ne présente aucun caractère spécial et le pronostic n'en est pas modifié.

D'autres auteurs sont moins catégoriques, et sans faire à l'anémie pernicieuse gravidique une place à part, ils reconnaissent néanmoins l'influence notable de la grossesse sur l'anémie pernicieuse.

*Biermer*, en 1868, donna le premier une description clinique de l'anémie pernicieuse, et indiqua la grossesse comme une cause prédisposante.

Pour *Gusserow*, 1871, la grossesse n'est pas une

cause directe de l'anémie pernicieuse, mais elle agit comme cause prédisposante.

De même *Immerman*, 1874, dit que « la grossesse n'est pas la cause de l'anémie pernicieuse, elle ne fait que l'aggraver ».

Selon *Magnes*, dans sa thèse de Toulouse 1910, « on ne peut affirmer que l'anémie pernicieuse au cours de la grossesse est une anémie symptomatique véritable, au même titre que l'anémie botrio-céphalique ou cancéreuse, mais on peut dire que la grossesse, par les perturbations qu'elle apporte au milieu sanguin, agit au moins comme cause prédisposante ».

*Tcherkoff*, dans sa thèse de 1912, prétend que si « la grossesse semble dans la plupart des cas ne pas être la cause déterminante véritable de l'anémie pernicieuse », elle constitue « une cause adjuvante importante chez les prédisposées ».

Quelques auteurs sont encore plus affirmatifs et ne sont pas éloignés de voir dans l'anémie pernicieuse gravidique, une relation de cause à effet entre la grossesse et cette anémie.

Ce sont : *Grawitz* (1898) qui attribue à l'anémie pernicieuse plusieurs causes parmi lesquelles il compte la grossesse.

*Merletti*, *Clivio* qui attribuent une influence très prépondérante à la grossesse dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse.

*Mlle Waindrack*, thèse 1905, *Agasse-Lafont*, dans sa thèse 1905-1906, considèrent l'anémie pernicieuse chez les femmes enceintes comme symptomatique, etc..

etc... Mais aucun de ces auteurs ne donne en détail les caractères cliniques et hématologiques de l'anémie pernicieuse gravidique : tous se sont contentés de transposer dans cette description les signes décrits dans l'anémie pernicieuse commune, aucun ne base sa description sur l'étude des seuls cas d'anémie gravidique. C'est notre maître *M. Aubertin* qui le premier, a donné en détail les caractères cliniques et hématologiques de l'anémie pernicieuse gravidique et a fait à cette anémie une place à part. Nous pensons, dit-il, « d'après l'étude comparée de nombreux cas d'anémies graves dont un certain nombre chez des femmes enceintes, que l'anémie pernicieuse gravidique a des caractères assez spéciaux au point de vue clinique et hématologique, et qu'entre autres, n'aurait-elle que cette particularité, unique dans l'histoire des anémies graves, de pouvoir guérir en quelques semaines par l'expulsion du fœtus, elle mériterait une place à part dans la description du type pernicieux ». Il insiste sur la nécessité de distinguer cette anémie gravidique de l'anémie pernicieuse qui survient en « dehors de toute gestation chez les femmes fatiguées par des grossesses répétées, et qui ne diffère en rien des anémies pernicieuses classiques ».

C'est cette anémie pernicieuse, qui ne se révèle que dans la gestation, cette anémie « *sui generis* » de la grossesse, qui fera l'objet de notre travail. Nous n'avons pas l'intention d'étudier toute l'anémie pernicieuse gravidique : nous n'aurons en vue que la guérison de cette forme d'anémie, et nous essayerons de dégager quelles sont les conditions qui rendent la guérison possible.

## CHAPITRE II

### POSSIBILITE DE GUERISON DE L'ANEMIE PERNICIEUSE GRAVIDIQUE

Ne donnant pas à cette anémie une place spéciale, presque tous les auteurs considèrent sa guérison comme exceptionnelle.

Ceux qui nient le rapport existant entre la grossesse et la maladie, refusent de voir dans l'expulsion du fœtus une possibilité de guérison.

Pour *Tarnier* l'accouchement provoqué, au point de vue thérapeutique, n'aurait aucune action, et n'enrayerait en rien l'évolution de la maladie.

Selon *Tcherkoff* « l'avortement ou l'accouchement constituent un traumatisme grave qui entraîne souvent la mort rapide de la femme »... « l'expulsion du fœtus ou de l'enfant n'entraîne pas le plus souvent la rétrocession des phénomènes anémiques et la maladie continue son évolution progressive après la délivrance ». Pour lui, donc, « l'avortement ou l'accouchement prématuré semblent contre-indiqués chez les femmes enceintes atteintes d'anémie grave ».

Quelques auteurs, au contraire, semblent tenir l'accouchement comme condition d'amélioration de la maladie ; certains préconisent même l'interruption de la grossesse.

*Merletti*, 1898, croit que l'arrêt de la grossesse ne

peut avoir qu'une influence favorable sur le cours de l'affection.

*Clivio* obtient plusieurs succès en provoquant l'accouchement prématuré.

*Bertino*, 1907, préconise lui aussi l'interruption de la grossesse.

Enfin *Audebert* et son élève *Magnes* estiment que « l'interruption de la grossesse donne aux femmes enceintes, atteintes d'anémie pernicieuse, une grande chance de survie dont il est logique de les faire bénéficier ».

Nous irons plus loin, et affirmerons que l'anémie pernicieuse gravidique est susceptible de guérison sous une condition : l'expulsion du fœtus — encore faut-il que cette expulsion, naturelle ou provoquée, ait lieu avant que la malade n'ait épuisé ses limites de résistance.

Pour notre part nous avons trouvé dans la littérature française et étrangère 68 cas de guérison.

Pouvons-nous en tirer une conclusion au point de vue du pourcentage ? Non, selon nous, car on publie plus souvent les cas de guérison que les cas de mort. Nous connaissons plusieurs de ces derniers qui n'ont pas été publiés.

Quoiqu'il en soit, notons que sur une maladie dont on considère la guérison comme exceptionnelle, le fait de trouver 68 cas de guérison légitime un certain espoir de sauver la malade atteinte d'anémie pernicieuse gravidique, et cela d'autant mieux que l'anémie pernicieuse gravidique est en soi une affection très rare : beaucoup d'accoucheurs n'en voient que 2 ou 3 cas au cours de leur carrière.

OBSERVATIONS  
DES CAS PRESENTANT  
UN AVORTEMENT SPONTANE



## OBSERVATION N° 1.

VERMELIN. — Observation inédite prise dans le service de  
M. le Professeur Fruhinsholz en 1920.

Lucie M... est adressée par son médecin à la maternité le 14 mai 1920. Agée de 25 ans elle a eu en 1913-15-16-18 4 gestations normales avec accouchements et suites de couches banales.

A l'entrée, la 5<sup>e</sup> gestation paraît être dans le courant du 6<sup>e</sup> mois de son évolution, avec fœtus vivant. Depuis 3 mois environ, cette femme qui pendant 4 ans a vécu en Italie, a vu sa santé s'altérer de jour en jour : actuellement elle est dans un état d'asthénie profond avec état anémique intense.

A l'examen général on note seulement au point de vue cardiaque un souffle inorganique de la région mésocardiaque. Urines normales, non albumineuses. L'examen du fond de l'œil montre une papille pâle avec contours flous, avec quelques petites hémorragies disséminées dans la rétine.

Examen de sang du 14 mai (1). — Gl. R. : 1.380.000. Gl. B. : 4.000. Poly neutro. : 54 0/0. Mononucléaires grands et moyens : 24 0/0. Lymphocytes : 18 0/0. Myélocytes : 4 0/0. Polychromatophilie, anisocytose, poikilocytose, rares plaquettes. Quelques hématies nucléées.

Réaction de Wassermann : négative.

L'avortement se fait spontanément en 2 temps avec écoulement sanguin insignifiant.

26 mai. — Gl. R. : 1.040.000. Gl. B. : 3.400. Poly.

---

(1) Gl. R. : globules rouges. Gl. B. : globules blancs. Poly. : polynucléaires. Mono. : mononucléaires. Lympho. : lymphocytes. Eosino : éosinophiles. Val. glob. : valeur globulaire.

neutro : 66 0/0. Mono : 16 0/0. Lymphocytes : 14 0/0. Myé-  
loctes : 4 0/0. Anisocytose, poïkilocytose, quelques héma-  
ties nucléées. Peu d'hématoblastes.

Immédiatement après, l'état général se remonte rapi-  
dement. A noter que cette femme à son entrée présentait  
une diarrhée intense et que le 18 mai s'est développée une  
gangrène anale qui a rétrocedé rapidement dans la suite.

Le 20 juin, nouvel examen de sang : Numération et  
formule voisine de la normale.

## OBSERVATION N° 2

PONTANO. — Il policlino (Sezione pratica), 10 mars 1912,  
p. 383.

Tr. Settimia, 34 ans. Réglée régulièrement à 15 ans.  
Mariée à 17 ans à un homme sain. A déjà eu 5 enfants, le  
dernier il y a 2 ans.

5 mai 1909. — Se présente à l'hôpital, enceinte de  
6 mois pour fièvre irrégulière depuis plusieurs mois. De-  
puis 2 mois coloration jaune pâle de la peau : téguments  
et muqueuses extrêmement pâles, pas d'œdème. Rien aux  
poumons. Cœur : limites normales. Souffle systolique à la  
pointe, renforcé au foyer pulmonaire.

Hypertrophie de la rate qui déborde de 3 doigts, dure,  
indolente. On sent son bord tranchant et une incisure  
nette. La malade reste à l'hôpital du 5 mai au 8 juillet  
1909.

Examen de sang négatif pour la malaria. Mais sang  
pâle fluide. Gl. R. : 570.000. Gl. B. : 7.000. Hgl. : 25. Val.  
globulaire 1,52. Anisocytose, poïkilocytose, micro et macro-  
cytes. Polychromatophilie. Normoblastes et Mégaloblastes.

Examen d'urine négatif. Température entre 37°2 et  
37°7.

Anorexie, céphalée. Traitement : fer.

Un nouvel examen de sang montra une augmentation des mégalo blastes.

La malade quitta alors l'hôpital. Au 8<sup>e</sup> mois, elle accoucha prématurément d'un enfant vivant pesant 1 kg. L'enfant vécut, rattrapa rapidement son poids normal, nourri par sa mère.

Quant à la mère elle reprit ses occupations.

Les règles revinrent 3 mois après. Peu à peu, la pâleur s'accroît, elle perdit ses forces ; l'état général devint mauvais. Inquiète de sa pâleur, elle entra à nouveau à l'hôpital le 1<sup>er</sup> octobre 1911.

Examen : Muscles flasques. Peau très pâle. Pas d'œdème. Pas d'hémorragie. Aréoles des seins très pigmentées. Muqueuses très pâles. Température 36°6. Puls 99. Respiration 24

Cœur : souffle systolique s'entendant à tous les foyers.

Rate : grosse hypertrophie ; débordant le rebord costal de 4 travers de doigts.

Toucher vaginal : col ramolli ; utérus assez gros. Grossesse de 3 mois ?

Rien dans les urines.

Examen du sang le 5 octobre : Gl. R. : 735.000. Gl. B. : 14.000. Hgl. : 20 0/0. Val. globul. : 1,36. Anisocytose : micro et macrocytes. Poïkilocytose. Polychromatophilie. Normo et mégalo blastes. Poly. : 71 0/0. Eosino : 6 0/0. Mono. : 8 0/0. Lympho : 15 0/0. 5 normoblastes et 11 mégaloblastes sur 100 leucocytes.

Température 38°2. Traitement : fer, arsenic.

11 octobre. — Légère hémorragie.

21 octobre. — Avortement spontané d'un fœtus mort.

12 jours après, l'examen du sang donne : Gl. R. : 2.075.000. Gl. B. : 8.200. Hgl. : 45 0/0. Val. glob. 1,08.

11 novembre. — Gl. R. : 3.060.000. Gl. B. : 4.000. Hgl. 5 0/0. Val. glob. : 0,83. Légère anisocytose. Quelques macrocytes. Pas de globules rouges nucléés. Poly. : 65 0/0.

Eosino. : 0. Mono. : 11 0/0. Lymphocytes : 24 0/0.  
La malade sortit guérie le 12 novembre.

### OBSERVATION N° 3

BAUEREISEN. — Zentralblatt für gynäkologie n° 33, p. 1180.  
(Août 1911.)

Femme X..., entrée en avril 1910. Elle était enceinte de 6 mois et présentait les signes d'une anémie pernicieuse très grave. 2 jours après son admission, la malade accoucha.

Traitement : Injections sous-cutanées puis intra-musculaire de 6 à 10 cc de sang total. 5 injections en tout.

Peu de jours après, amélioration de l'état général. L'appétit reprit. 6 semaines après les injections, le nombre de globules rouges comme le chiffre d'hémoglobine s'étaient accrus.

La malade quitta le service. Elle fut revue plus tard. Elle se portait très bien et ne se plaignait que de très fortes et très longues règles.

OBSERVATIONS  
DES CAS PRESENTANT  
UN ACCOUCHEMENT SPONTANE  
PREMATURE

## OBSERVATION N° 4

CLERC. — Observation inédite prise à l'Hôpital Lariboisière.

Femme L... 31 ans. V pare. Entrée le 12 janvier 1923 dans le service de M. Clerc, à Lariboisière.

Antécédents héréditaires : rien.

Antécédents personnels : Scarlatine à 8 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 17 ans. En 1920, à 27 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu assez violente avec complications cardiaques.

Dans les précédentes grossesses rien à signaler. Les accouchements ont été normaux et les enfants sont vivants.

Grossesse actuelle : Depuis le début, fatigue, essoufflement. C'est au 6<sup>e</sup> mois qu'apparaissent : pâleur accentuée, décoloration des téguments et des muqueuses, faiblesse, dyspnée intense avec toux sèche et quinteuse, vertiges, bourdonnements d'oreilles. Troubles gastro-intestinaux, diarrhée, crachats hémoptoïques. Pas d'autres hémorragies. A ces symptômes qui augmentent peu à peu d'intensité viennent s'ajouter une tendance invincible au sommeil, amaurose passagère ; des œdèmes aux membres inférieurs apparaissent.

Elle entre dans le service le 12 janvier 1923. On constate : poumons : râles sous-crépitaux surtout à la base droite. Urine : albumine 3 gr. 50 par litre.

Foie : gros, douloureux.

Rate : normale. Œdèmes considérables aux membres inférieurs, embompont conservé.

Cœur : Double souffle aortique. Rétrécissement mitral. Tension 16/9. Urée sanguine 0,62 0/0.

Examen de sang 12 janvier. — Gl. R. : 1.900.000. Gl.

B. : 13.200. Poly. : 80 0/0. Lympho. : 16 0/0. Moyens mononucléaires : 2 0/0. Eosino. : 1 0/0. Basophiles : 1 0/0. Normoblastes : 1 0/0 gl. bl.

13 janvier. — Examen obstetric. Gestation de 8 mois environ, présentation céphalique, tête mobile au détroit supér., dos à gauche, fœtus vivant.

16 janvier. — Pas d'amélioration, asthénie très marquée, œdèmes augmentent.

19 janvier. — Gl. R. : 2.300.000. Gl. B. : 15.000. Hgl. : 40 0/0.

23 janvier. — Vomissement noirâtre. Hematémèse peu importante ? tension 14/8.

25 janvier. — Accouchement, enfant vivant, 2.420 gr.

26 janvier. — La malade a passé une bonne nuit (la première depuis son entrée), dyspnée moins intense. Poumons : râles de congestion à droite. Cœur : régulier, pouls 96. Foie : augmenté de volume, déborde de 2 à 3 tr. doigt le rebord costal ; douloureux. Rate : matité. Œdèmes très diminués.

27 janvier. — Examen du fond de l'œil. Pas d'hémorragie. Œdème de la rétine.

Sang : Gl. R. : 1.500.000. Gl. Bl. : 20.500. Poly. : 87 0/0. Lympho. : 9 0/0. Mono. : 2 0/0. Eosino. : 1 0/0. Basophiles : 1 0/0. Hgl. : 30 0/0.

La malade repasse dans le service de M. Clere le 1<sup>er</sup> février.

On lui fait des injections de sang total (60cc sang du mari que l'on injecte dans la cuisse).

1<sup>er</sup> février. — Gl. R. : 1.350.000. Gl. B. : 8.000. Poly. : 81 0/0. Lympho. : 15 0/0. Cell. indif. : 1 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Normoblastes : 9 0/0. Hgl. : 10 0/0.

5 février. — Gl. R. : 1.780.000. Gl. B. : 10.800. Hgl. : 30 0/0.

6 février. — Amélioration de l'état général. Plus de

troubles gastro-intestinaux. Dyspnée moins vive. Somnolence persiste.

7 février. — Gl. R. : 2.170.000. Gl. B. : 10.200. Poly. : 76 0/0. Lympho. : 12 0/0. Mono. : 10 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Normoblastes : 11 0/0. Hgl. : 50 0/0.

10 février : Gl. R. : 1.630.000. Gl. B. : 8.000. Poly. : 82 0/0. Lympho. : 12 0/0. Mono. : 3 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Normoblastes : 14 0/0. Hgl. : 40 0/0.

14 février. — Gl. R. : 1.950.000. Gl. B. : 8.000. Poly. : 82 0/0. Lympho. : 16 0/0. Basophiles : 1 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Normoblastes : 8 0/0. Hgl. : 60 0/0.

17 février : Gl. R. : 3.600.000. Gl. B. : 19.600. Poly. : 75 0/0. Lympho. : 19 0/0. Grds mono. : 2 0/0. Myélocytes : 4 0/0. Hgl. : 60 0/0.

26 février : Gl. R. : 3.780.000. Gl. B. : 16.000.

Mars : Tous les symptômes ont regressé. L'état est bien meilleur. De 2 au 14 mars on donne à la malade de la solubaïne.

22 mars : Gl. R. : 2.490.000. Gl. B. : 6.800. Poly. : 60 0/0. Lympho. : 31 0/0. Grds mono. : 3 0/0. Mononucléaires : 4 0/0. Basophiles : 2 0/0. Hgl. : 70 0/0.

Cette femme a été revue le 27 décembre 1923. Très bon état général. Gl. R. : 4.122.000. Gl. B. : 4.800. Hgl. : 80 0/0. Poly. : 62 0/0. Lympho. : 16 0/0. Grands mono. : 7 0/0. moyens mono. : 14 0/0. Eosino. : 1 0/0.

Revue enfin en mars 1924. Elle est enceinte de 4 mois. C'est sa 7<sup>e</sup> grossesse. Examen du sang : Gl. R. : 4.290.000. Gl. B. : 12.800. Hgl. : 80 0/0. Poly. : 79 0/0. Lympho. : 9 0/0. Grands mono. : 4 0/0. Moyens mono. : 7 0/0. Eosino : 1 0/0.

#### OBSERVATION N° 5

VALLAIS et COLL DE CARRÉA. — Bulletin de la Société d'obstét. et de gynéc. de Paris (Montpellier), 1923. N° 8, p. 510.

Femme X..., 24 ans, entrée le 15 janvier 1923 pour pertes utérines durant depuis 15 jours. Mariée à 20 ans. Antécédents personnels, héréditaires et collatéraux sans intérêt. Réglée à 15 ans. 3 grossesses en 4 ans.

1<sup>re</sup> grossesse. — Normale. L'enfant succombe à des accidents méningés à 16 mois.

2<sup>e</sup> grossesse. — Accouchement à terme d'un enfant vivant. Les 2 enfants ont été allaités par la mère.

Grossesse actuelle. — Début vers le 15 juillet. A évolué normalement jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1923. A ce moment à la suite d'une chute sont apparues les pertes rouges, abondantes pendant 3 ou 4 jours puis insignifiantes les jours suivants.

A l'entrée mise au repos absolu. Le léger écoulement sanguin s'atténue puis disparaît complètement. On remarque la pâleur et la fréquence du pouls de la malade. Dans les jours suivants transformation du tableau clinique : Abdomen se développe considérablement : évolution d'une hydramnios assez rapide, en même temps le palper et l'auscultation permettent de diagnostiquer une grossesse gémellaire. Œdème considérable des membres inférieurs. Pas d'albumine ni de rétention chlorurée. Régime lacté.

Dans les premiers jours de mars : nausées, vomissements, diarrhée abondante jaunâtre. Epistaxis unique et spontanée, persistance des œdèmes. L'état général ne paraît pas touché, embompoint normal. Dans la dernière dizaine de mars : pâleur augmente, essoufflement progressif, palpitations, douleur dans la région splénique ; vomissements persistent ; diarrhée s'atténue. Anorexie presque absolue.

28 mars. — Accouchement spontané prématuré à la fin du 8<sup>e</sup> mois. Travail presque sans douleur, écoulement de sang insignifiant. Grossesse gémellaire bivitelline.

Après l'accouchement : bourdonnements d'oreilles, troubles visuels. Dyspnée, vertiges, troubles gastriques et intestinaux disparaissent.

Dans les jours suivants, teint blafard mais pas d'amai-grissement notable. Examen de sang : Gl. R. : 1.000.000. Le diagnostic se précise ; on défend l'allaitement. 4 jours après l'accouchement fièvre légère 37°5-38°5 qui persistera 1 mois.

20 Avril. — Gl. R. : 850.000. Gl. B. : 6.700. Anisocytose et poikilocytose nette. Hématies nucléées en petite abondance, formule leucocytaire normale. Temps de coagulation diminué : 3 minutes 30'' à peine. Rétractilité du caillot rapide et intense.

Val. globulaire : 2. La résistance globulaire sur les hématies déplasmatisées donne résultat suivant : Hémolyse initiale à 6. Hémolyse totale à 4. Donc très nette fragilité globulaire. Présence dans le sang d'autohémolysines. Pas d'isohémolysines.

Examen d'urine. Rien de spécial.

On fait le diagnostic d'anémie pernicieuse. Reste à en découvrir la cause. Examen complet de la malade : Rate perceptible à la palpation, déborde de 2 travers de doigt le rebord costal. Elle est dure, indolente. Foie normal, mais sensibilité dans la région vésiculaire. Cœur : souffle systolique à la pointe, plus intense à la base et également perçu au niveau des gros vaisseaux. Bruit de rouet aux jugulaires.

Pouls faible, dépressible, 95 à 120 pulsations. Pression artérielle au Vaquez 11/7.

L'état général n'est pas franchement mauvais, mais pâleur plus accentuée. Traitement symptomatique est institué : hémoglobine, fer, viande crue, moelle osseuse, quinquina, arsenic.

28 avril. — Recherche des parasites dans les selles négative.

4 mai. — Résultat d'une hémoculture négative.

L'hypothèse d'une infection paludéenne chronique doit être écartée. Réaction de Wasserman fortement positive.

Nouvelle numération globulaire : Gl. R. : 1.500.000. Signes hématologiques de rénovation sanguine. La formule leucocytaire n'offre rien de particulier.

Transfusion sanguine le 29 avril. Le donneur est le mari : 700 c<sup>3</sup> de sang + 250 c<sup>3</sup> de serum glucosé à 47/1000. On injecte 550 c<sup>3</sup> du mélange.

Les troubles fonctionnels disparaissent progressivement. La malade se recolore.

Sortie le 24 juin 1923 : Gl. R. : 4.600.000. Gl. B. : 6.500. Formule leucocytaire normale. Val. globul. : 0,90. Résistance globulaire normale. Temps de coagulation : 10 minutes. Rétractilité légèrement forte. Autohémolysines absentes.

Des autres examens hématologiques pratiqués, nous ne retiendrons que la présence des myélocytes (2 0/0) constatés lors du 1<sup>er</sup> examen qui suivit la transfusion, et aussi l'apparition d'une eosinophilie assez marquée (8,5 0/0) le 23 mai. Cette eosinophilie n'existait plus le 14 juin.

#### OBSERVATION N° 6

CHATON. — Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Année 1923, n° 4, p. 317.  
(Nancy.)

M. H..., 38 ans. Entrée le 24 avril 1922.

3 grossesses antérieures ; la dernière en 1913.

Grossesse actuelle de plus de 6 mois, enfant vivant. Depuis le début, vomissements très fréquents, espacés depuis. En février, début de pâleur tellement anormale qu'elle fut remarquée par entourage.

Actuellement : Teinte cireuse. Muqueuses totalement décolorées. Bouffissure du visage et des mains, œdèmes blafards des membres inférieurs. Respiration rapide ; op-

pression au moindre effort. Pouls à 120. Faiblesse très grande. Rate percutable, foie normal. Pas d'hémorragies.

Examen de sang : 24 avril 1922. Gl. R. : 906.250. Gl. B. : 5.400. Hématies de formes irrégulières et hématies de petit diamètre. Dosage de l'oxyhémoglobine montre teneur de 2 gr. 10 pour 100 c<sup>3</sup> de sang soit 16 p. 100 de la teneur normale. Poly. : 85,7 0/0. Lymphocytes : 11,1 0/0. Moyens mono. : 3,2 0/0. Eosino : 0.

Pas d'hématies nucléées, mais quelques hématies à protoplasma basophile.

Le 26 transfusion de 500 gr. de sang citraté suivant la méthode Jeanbrau.

Examen de sang du 28 avril. — Gl. R. : 1.321.506. Gl. B. : 5.650 hématies de formes irrégulières, et hématies de petit diamètre.

Teneur du sang en oxyhémoglobine : 3 gr. 50 pour 100, soit 27,77 0/0 de la teneur normale. Poly. : 84,8 0/0. Eosino. : 1,6 0/0. Basophiles : 0,4 0/0. Lympho. : 10,8 0/0. Moyens mono. : 2 0/0. Grds mono. : 0,4 0/0. Pas d'hématies nucléées. Quelques hématies à protoplasma basophile.

Grande pâleur, faiblesse, oppression, œdèmes subsistent. Muqueuses cependant un peu plus colorées.

Examen de sang le 5 mai. — Gl. R. : 1.112.500. Gl. B. : 6.000 ; hématies de formes irrégulières et hématies de petit diamètre.

6 mai. — Nouvelle transfusion de 500 gr. de sang du mari.

9 mai. — L'examen du sang montre : Gl. R. : 1.501.250. Gl. B. : 6.301. Hématies de f. irrégulières. Hématies de petit diamètre.

Valeur globul. : 50 0/0 de la teneur normale.

13 mai. — Nouvelle transfusion de 500 gr. de sang.

14 mai. — Accouchement prématuré d'un enfant qui succombe presque immédiatement. Perte de sang d'environ 500 gr.

15 mai. — Disparition de l'œdème des mains et diminution de l'œdème aux membres inférieurs.

Examen de sang du 16 mai : Gr. R. : 1.437.500. Gl. B. : 13.100. Hématies de forme irrégulière. Hématies de petit diamètre.

Valeur globul. : 60/100 de la teneur normale.

Le 16 mai, aphasie complète, ouïe et intelligence intégralement conservées.

Le 19, la parole revient partiellement.

Le 20, 4<sup>e</sup> transfusion de 450 gr. de sang.

Le 29, 5<sup>e</sup> transfusion de 450 gr. de sang.

Le 28 mai état du sang : Gl. R. : 1.743.750. Gl. B. : 11.700. Hématies de formes irrégulières. Hématies de petit diamètre.

Val. globul. de 65/100 de la teneur normale.

M<sup>e</sup> H... quitte la clinique le 1<sup>er</sup> juin, œdèmes totalement disparus. Visage légèrement coloré mais fond du teint jaunâtre.

Le 26 juin, malade commence à sortir et va bien mieux.

Examen du sang le 7 août : Gl. R. : 4.793.750. Gl. B. : 10.800. Hématies régulières et de diamètre normal.

Oxyhémoglobine : 12 gr. 60 0/0 du sang soit 100/100 de la teneur normale.

Poly. : 73,1 0/0. Eosino. : 4,5 0/0. Basophiles : 0,4 0/0. Lympho. : 9,3 0/0. Moyens mono. : 9,3 0/0. Grands mono. : 1,9 0/0.

Le 6 mars 23 la malade envoyait de ses nouvelles. Complètement guérie, elle avait repris sa dure vie de cultivatrice.

Pendant sa maladie, la malade a présenté des ascensions thermiques irrégulières.

## OBSERVATION 7

VERMELIN ET VIGNEUL. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de gynécologie.  
(Nancy, décembre 1921. )

Mme S... II pare 29 ans. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ni personnels. Menstruation toujours régulière depuis l'âge de 13 ans. Mariée en 1910, devint rapidement enceinte, accouche à terme d'une fille vivante actuellement en bonne santé.

Veuve de guerre, se remarie en 1919 avec cultivateur vigoureux ; redevient enceinte une seconde fois.

Dernières règles en octobre 1920. Dès le début cette gestation est pénible, vomissements abondants et répétés qui fatiguent peu à peu la femme et l'obligent à cesser ses travaux au début d'avril 1921. Une angine la force à s'aliter 8 jours. Conserve dysphagie violente.

En mai 1921 remarque œdèmes des mains et des pieds; bouffissure du visage, vient consulter à Nancy. Examen des urines négatif. On pense à la possibilité d'un début de bacillose pulmonaire.

Le 5 juin est examinée par M. le professeur agrégé A. Parisot; en raison de son anémie profonde, il la dirige sur la maternité.

A l'entrée on note : femme de petite taille, non amaigrie. Coloration jaune paille des téguments : muqueuses (conjonctives, gencives, lèvres) décolorées. Bouffissure de la face avec œdème généralisé à tout le corps. Voix voilée, sensation de picotements dans la gorge qui s'accroît au moindre effort, dyspnée légère.

Cœur : roulement présystolique et systolique, nettement marqué dans la zone méso-cardiaque. Pouls régulier à 120. Tension artérielle au Pachon : 20/8.

Rien de caractéristique à l'examen de l'appareil digestif. Excrétion urinaire normale.

Aucun symptôme visuel. L'examen du fond d'œil n'a pu être pratiqué. Utérus gravide de 5 mois environ, battements fœtaux nettement perçus.

Examen de sang du 8 juin : Gl. R. : 1.200.000. Gl. B. : 5.800. Poly. : 72 0/0. Mono. : 20 0/0. Lympho. : 8 %. Eosino. : 0. Quelques globules à noyaux.

Fragilité globulaire intense : l'hémolyse commencée à 9 est complète à 4,25. Recherche des iso ou hétéro-lysines négative.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

L'état général de la malade reste stationnaire. A plusieurs reprises apparaissent des crises de dyspnée intenses sans signe stéthoscopique.

Urine : 600 à 800 gr. par 24 h. Pas d'albumine.

Traitement : Cacodylate de soude. Hémostyl.

Dans soirée du 14 juin, agitations, contractions utérines apparaissent; à 3 heures du matin, le 15 juin, expulsion d'un fœtus mort de sexe féminin pesant 1.200 gr. Aucun écoulement sanguin. Placenta de 200 gr. de coloration blanchâtre. Le décollement s'est produit sans suintement sanguin notable.

Dès le lendemain, transformation notable dans l'état de la malade : œdème des membres diminue ; l'élimination urinaire passe rapidement à 1.500 et 2.000 gr. Muqueuses se recolorent. Les forces reviennent. La dyspnée disparaît.

Examen du sang du 20 juin.

Gl. R. : 2.720.000. Gl. B. : 5.400.

Toujours de l'anisocytose et de la poïkylocytose, mais moins accentuée. Nombre des plaquettes accru en proportion considérable, grand nombre de globules nucléés et granuleux.

Globules blancs : rien à signaler. Fragilité globulaire fortement diminuée, résistance voisine de la normale.

Amélioration sans cesse croissante, les forces augmentent et le 26 juin la malade demande à quitter le service.

Nouveaux examens de sang en juillet et en septembre : toute trace d'anémie avait disparu. L'examen de sang n'a rien montré d'anormal. L'état général s'est maintenu parfait.

En décembre malade est revue ; guérison complète, la menstruation s'est rétablie dans les conditions normales.

### OBSERVATION N° 8

BECKMANN. — Monattschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Déc. 21, p. 120. Observation III.

L. M. Prot. Nr. 1192/19.

Malade, 37 ans. Entrée le 16 juin 1919. Anémie quand elle était jeune fille. Premières règles à 15 ans. 6 couches normales. Dernières règles le 22 novembre 1918. Premiers mouvements du fœtus perçus en avril 19. Depuis 4 semaines œdème des membres inférieurs augmentant progressivement. Diminution des urines. Actuellement : Pâleur extrême avec teinte subictérique de la peau et des muqueuses. Œdème des membres inférieurs et du dos, remontant jusqu'aux omoplates. Pas de dyspnée quand la malade est au lit. Pouls régulier à 72. Tension au R. R. 140/95.

Cœur normal.

Pleurésie à gauche ; liquide remontant jusqu'au bord inférieur de l'omoplate. Ascite.

Rate et foie non hypertrophiés. Gravidité de 8 mois.

Urine : Albumine (Esbach 3/4 0/00). Urobiline. Cylindres granuleux. Globules rouges et blancs. Cellules épithéliales.

Examen de sang du 17 juillet 19. — Gl. R. : 1.824.000. Gl. B. : 5.000. Hgl. 43 (sahli). Val. globul. : 1,1. Anisocy-

tose, peu de poikilocytose, peu de polychromatophilie. Peu de basophiles granuleux, pas de globules rouges nucléés. Poly. : 66 0/0. Eosino. : 3 0/0. Lympho. : 27 0/0. Grands mono. : 2 0/0. F. transition : 2 0/0. Examen du fond de l'œil : normal.

Ce même jour, elle accouche d'un garçon pesant 1.600 gr. long. 41 cm. Accouchement en 5 heures. Dans les jours suivants légère température à 38°.

Examen de sang 26 juillet 19. — Globules rouges très fragiles. Gl. B. : 14.500.

Beaucoup de polynucléaires et d'éosinophiles. Quelques myélocytes.

Quelques globules rouges à noyaux.

30 juillet. — Disparition des œdèmes des jambes et de la région lombaire.

Cœur. — Souffle systolique que l'on entend à toutes les valvules.

Rate légèrement perceptible.

Bonne diurèse.

Traitement : Cacodylate de soude en injections sous-cutanées.

16 août 19. — Disparition des œdèmes. Poumons normaux. Gl. R. : 1.935.000. Gl. B. : 4.300. Hgl. (sahli) : 54. Val. glob. : 1,1. Forte anisocytose. Beaucoup de macrocytes, peu de microcytes. Globules rouges à noyaux en quantité moyenne. Poly. : 64 0/0. Lympho. : 29 0/0. Grds mono. : 4 0/0. Eosino. : 2 0/0. F. transition : 1 0/0.

Examen de sang 11 juin 1920. — Rien de pathologique. Gl. R. : 4.370.000. Gl. B. : 6.475. Hgl. : 70. Val. glob. : 0,8. Poly. : 80 0/0. Lympho. : 13 0/0. Grands mono. : 5 0/0. F. de transition : 2 0/0.

Légère poikilocytose.

Macro et microcytes nets sont très rares. Pas de globules rouges nucléés. Pas de polychromasie.

## OBSERVATION N° 9

VOREN et GEREST. — Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. 1912. Novembre, p. 909.

Jeanne D..., 31 ans, ménagère, entrée le 29 mai 1912.

Rien dans les antécédents héréditaires. Bonne santé dans son enfance ; réglée à 11 ans toujours régulièrement. Pas d'antécédents pulmonaires, pas d'autres affections que la rougeole et la coqueluche.

1<sup>re</sup> grossesse à 21 ans, normale, enfant vivant actuellement.

2<sup>e</sup> grossesse à 23 ans. Infection post-partum qui nécessita un abcès de fixation L'enfant né à terme mourut à 1 mois.

3<sup>e</sup> grossesse 2 ans après. Malade aurait présenté phénomènes analogues à ceux qu'elle a maintenant mais bien moins accentués, puisqu'elle put continuer son travail jusqu'au terme. Après accouchement (à terme), malaises disparurent et son état de santé devint rapidement normal. Enfant mourut à 5 mois d'affection indéterminée.

4<sup>e</sup> grossesse. Malade vue le 29 mai à la consultation. Anémie intense nécessite admission. Date des dernières règles non précisée car la malade présente chaque mois des petites pertes rosées qui durent 24 à 36 heures. Toujours insignifiantes, ne sont en rien cause de l'anémie profonde constatée.

D'après la hauteur utérine (20 cm), grossesse est de 5 mois environ. Les bruits du cœur fœtal sont perçus à droite.

Examen général. — Signes extérieurs d'une grande anémique : pâleur cireuse, teint verdâtre de la face, tégu-

nents, muqueuses buccales et conjonctivales décolorés, exsangues.

Amalgissement non important. Œdème blanc, mou, aux extrémités des membres inférieurs. Faiblesse générale extrêmement accusée. Céphalée vive, vertiges. Pas de troubles visuels, pas d'hémorragies gingivales, pas de purpura, pas de sang dans les matières fécales.

Pas de troubles digestifs. Les vomissements du début de la grossesse ont été de peu d'importance. Appétit assez bien conservé. Malade fait remonter à 6 semaines l'apparition des premiers symptômes.

Cœur : pointe dans le 5<sup>e</sup> espace en dedans du mamelon. Eréthisme cardiaque assez marqué et constant, petit souffle extra cardiaque à maximum au foyer pulmonaire.

Pouls régulier à 100. Souffles anémiques peu intenses au niveau des jugulaires ; léger souffle oculaire.

Poumons normaux.

Foie et rate normaux.

Température normale.

Urine : pas d'albumine.

Examen de sang 1<sup>er</sup> juin. — Gl. R. : 770.000. Gl. B. : 5.970, sang extrêmement pâle, à peine rosé.

Examen de sang du 4 juin. — Gl. R. : 750.000. Gl. B. : 5.580. Val. Glob. : 1,09. Nombreux globules rouges déformés, mais anisocytose peu accusée. Pas de globules géants. Pas d'hématies nucléées. Pas de noyaux libres expulsés. Pas de myélocytes. Poly. : 75 0/0. Lympho. : 21 0/0. Grds mono. : 4 0/0. Recherche d'une autolysine ou d'une isolysine : négative ; le sérum n'hémolysait ni les propres globules de la malade, ni des globules humains normaux.

5 juin. — Accouchement prématuré d'un fœtus pesant

1.100 grammes, mort 8 heures après. Pas d'hémorragies de la délivrance.

Rétention presque totale du chorion, que l'on va chercher immédiatement en introduisant la main in utero.

Les jours suivants, légère infection puerpérale ; température pendant près de 15 jours entre 38 et 39° avec un pouls à 120.

On fait 2 abcès de fixation.

Le syndrome anémique persiste, sans paraître avoir été modifié en plus ou en moins par l'accouchement.

20 juin et les jours suivants la malade fait quelques petits infarctus pulmonaires sans gravité.

L'état anémique est en voie d'amélioration, facies moins pâle, sang plus coloré, les forces reviennent.

Traitement os, arsenic, fer.

Examen de sang 5 juillet. — Gl. R. : 2.824.000. Gl. Bl. : 14.000. Ni normoblastes ni mégalo blastes, ni myélocytes.

Formule leucocytaire normale.

La malade quitte le service le 8 juillet. Elle est en voie d'amélioration évidente. Facies n'a plus l'aspect cireux. Souffles cardio-vasculaires ont disparu. Dernièrement nous avons eu des nouvelles de notre malade dont la guérison s'achève. Elle a repris son teint normal ; elle peut vaquer à ses occupations sans fatigue.

#### OBSERVATION N° 10

ROGER. — Thèse Maffre-Baugé. Montpellier 1912.

Ros... Jeanne, 26 ans, entrée le 9 mai 1911. Elle a accouché 9 jours auparavant et se trouve dans un état d'anémie prononcée.

Grossesse très pénible. Au début vomissements fréquents avec dans certains des caillots de sang noir. Au 4<sup>e</sup> mois, après une grippe, céphalée, troubles de la vue, œdème des membres inférieurs, épistaxis fréquentes.

Au 6<sup>e</sup> mois, se décide à consulter un médecin qui lui trouve les symptômes suivants : œdème de la face et des jambes, teint terreux et blafard, lèvres décolorées, dyspnée, palpitations, asthénie marquée. Dans les urines 1 gr. 50 à 2 gr. d'albumine. On lui ordonne un régime lacté, repos absolu. 15 jours après albumine 0,50 par litre.

Elle accouche avant terme vers le 7<sup>e</sup> mois, le 1<sup>er</sup> mai, d'un enfant qui ne vécut que quelques heures. Pas d'hémorragies de la délivrance. Accouchement non suivi de fièvre. A son entrée dans le service, c'est-à-dire 9 jours après l'accouchement, la malade présente une faiblesse générale extrême, dyspnée d'effort.

Quelques hémorragies, gingivorragies, épistaxis abondantes et fréquentes. Urine assez abondante.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Quelques crampes dans les mollets. Quelques fourmillements dans les doigts. Un peu de diarrhée.

Température 38°2 le soir, 37°4 le matin.

Rien dans les antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels : misère physiologique, éthyliste. 2 grossesses antérieures normales. 2 enfants bien portants.

Examen : Pâleur extrême de la peau et des muqueuses.

Cœur : Pouls 93, premier bruit dédoublé. A la pointe un souffle rude organique ou inorganique ? Pas de frémissements.

Jugulaires dilatées ; souffle intense et court.

Tension 13 au Potain. Œdème de la face dorsale du pied. Foie et rate normaux. Réflexes normaux. Urines : trace d'albumine.

Examen de sang. — Gl. R. : 850.000. Gl. B. : 28.000. Poly. : 49 0/0. Lympho. : 18 0/0. Grands mono. : 31 0/0. Eosino. : 1 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Poikilocytose.

15 hématies nucléées pour 100 leucocytes.

Traitement : moelle de veau ; plus tard, cacodylate de soude.

Très rapidement, amélioration de l'état général. La température redevient normale ; urines augmentent. Il n'y a plus que des traces d'albumine. Les hémorragies cessent.

Au bout de 20 jours la malade est complètement transformée. Elle se lève, les lèvres se recolorent.

Examen de sang du 29 mai. — Gl. R. : 2.980.000. Gl. B. : 12.000 Poly. : 62 0/0. Eosino. : 1 0/0. Grands mono. : 17 0/0. Lympho. : 20 0/0. Pas d'anisocytose ni de poikilocytose. Pas d'hématies nucléées. La malade rentre guérie chez elle. Elle a été revue en 1911 et en 1912. Elle était complètement guérie.

## OBSERVATION N° 11

JOUSSEVITCH. — Thèse, Genève n° 326 (1911).

### Observation III.

Mme M... T..., 20 ans. Entrée le 14 avril 1908. Primipare.

Antécédents : Mère morte de rhumatisme et de maladie de cœur à 28 ans. Père tuberculeux (?) 1 frère bien portant, 1 sœur anémique et qui tousse chaque hiver.

Depuis l'âge de 13-14 ans, la malade souffre de palpitations de cœur ; a toujours été faible et anémique.

Dernières règles en septembre. Premiers mouvements

du fœtus en jaûvier. Au cours de sa grossesse son état a empiré : crachats sanguinolents, sueurs nocturnes, palpitations plus fréquentes.

Examen. — Malade très pâle, teint de cire.

Pouls 98-100. Température : 37°, 38°8.

Cœur : Rétrécissement mitral. Souffle oculaire et jugulaire.

Poumons : Submatité aux 2 sommets.

Urine : Albumine 5 gr. au litre.

Abdomen : utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Lymphangite chronique de la jambe gauche.

Examen de sang du 18 avril 1908. — Poly. : 85,6 0/0. Eosino. : 2,2 0/0. Grands mono. : 2,6 0/0. Lymphocytes : 6,4 0/0. F. transition. : 2,2 0/0. Hgl. : 21 0/0. 7 globules rouges nucléés pour 500 leucocytes. Anisocytose. Poikilocytose.

Accouchement le 24 avril d'un enfant mort-né de 7 mois.

Face maternelle du placenta présente de nombreux infarctus.

Examen de sang du 28 avril 1908. — Hgl. : 18,19 0/0. Gl. R. : 2.151.000. Gl. B. : 12.500. Poly. : 80,2 0/0. Eosino. : 0,8 0/0. Basophiles. : 0,6 0/0. Lympho. : 15,8 0/0. Grands mono. : 1,8 0/0. F. de transition : 0,8.

Examen de sang du 25 mai 1908. — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 1.568.000. Gl. B. : 6.600. Poly. : 71,6 %. Eosino. : 1,4 0/0. Basophiles : 0,4 0/0. Mono. : 26,6 0/0. Grands mono. : 6,4 0/0. Lymphocytes : 18 0/0. F. transition : 2,2 0/0. Poikilocytose.

Dernier examen de sang. — Hgl. : 26 0/0. Gl. R. : 2.210.000. Gl. Bl. : 8.400. Poly. : 76,6 0/0. Eosino. :

3,4 0/0. Basophiles : 0,8 0/0. Mono. : 24,2 0/0. Grands mono. : 4,4 0/0. Lympho. : 16,8 0/0. F. transition : 3 0/0. 2 normoblastes par 500 gl. blancs.

Traitement : fer, cacodylate en injection.

Depuis l'accouchement, l'état général s'améliore rapidement. L'appétit est bon, mine satisfaisante ; malade se lève et se promène. Le 30 juillet 1908 elle sort tout à fait rétablie.

### OBSERVATION N° 12

VORON-BARLATIER. — Sté des Sciences médicales de Lyon, 1907, p. 266.

Malade âgée de 32 ans.

Antécédents héréditaires : rien.

Antécédents personnels : typhoïde à 11 ans. Réglée à 15 ans 1/2. Mariée à 18 ans.

Pas de spécificité.

Trois grossesses antérieures à 19, 21 et 23 ans ont évolué sans incidents. Accouchements spontanés à terme d'enfants vivants qu'elle a nourris au sein.

La 4<sup>e</sup> grossesse date de fin juillet 1906. Dès le 3<sup>e</sup> mois faiblesse exagérée. Amaigrissement léger ; surtout décoloration des téguments. Pas de toux, pas d'hémoptysies. Perte de l'appétit sans autres troubles digestifs. Elle entre pour ces symptômes dans le service de M. Leclerc, 28 février. Absence de toute lésion viscérale : diagnostic d'anémie grave de la grossesse. Absence complète de température. Jamais d'albumine dans les urines. Pendant 1 mois l'anémie fait d'énormes progrès. Face prend teinte cireuse, presque cadavérique, pas d'amaigrissement, perte extrême des forces, malade reste au lit incapable du plus petit

effort. L'alimentation se réduit à quelques bouillons et un peu de lait.

Lorsqu'elle passe à la maternité de l'Hôtel-Dieu, la malade présente un état général tellement grave qu'il paraît impossible d'attendre plus longtemps sans intervenir. A ce moment sa grossesse est à 8 mois et quart.

O. I. G. A. tête fixée. Bruits du cœur entendus mais très faiblement.

A cause du peu de netteté des bruits du cœur, on fait de grosses réserves sur l'avenir de l'enfant.

Le lendemain, les bruits du cœur ne sont plus entendus.

L'examen de la malade à ce moment montre :

Teinte cireuse des téguments. Légère bouffissure de la face, au pourtour des paupières.

Urines normales sans albumine.

Pas de ganglions. Foie et rate normaux.

Absence de signes pulmonaires. Apyrexie complète.

Par contre : souffles veineux des jugulaires. Souffles oculaires.

Examen du fond de l'œil pratiqué le 28 mars par M. Grandclément, interne des hôpitaux. Hémorragies rétiniennes très nombreuses.

Examen du sang. — 840.000 Gl. R. Pas de formes anormales de globules. 12.000 Gl. B. sans formule anormale.

L'extrême gravité de l'état général contre-indiquant la continuation de la grossesse, on décide que le 29 mars on provoquera l'accouchement rapide en un temps. Mais dans la nuit précédente la malade accouche spontanément d'un enfant mort.

L'examen du cadavre, pas encore rigide 18 heures après la venue au monde montre que la mort remonte vraisemblablement à 15 ou 20 heures.

Suites régulières en ce qui concerne l'accouchement, sauf une très légère ascension thermique les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jour qui cède à des purgatifs.

Par contre, dès le 6<sup>e</sup> jour, légère amélioration de l'état général. Malade demande à s'alimenter. L'amélioration s'accroît très rapidement et le 12 avril (14 jours après l'accouchement), la malade commence à se lever.

Le 16 avril, la malade repasse dans le service de M. Leclerc. L'amélioration s'accroît. Elle repart chez elle le 21 avril.

L'examen de sang avant son départ donne 3.600.000 globules rouges.

### OBSERVATION N° 13

ROBERT. — Thèse de Lyon, 1907.

Mlle Jeanne J..., 32 ans. Entrée le 28 février 1907.

Antécédents héréditaires : rien.

2 frères morts en bas âge : croup, scarlatine.

Antécédents personnels : typhoïde à 11 ans. Régulée à 15 ans 1/2, pas d'anémie. Mariée à 18 ans, toujours bonne santé. Mari bien portant.

1<sup>re</sup> grossesse : normale. Enfant sain, élevé en nourrice.

2<sup>e</sup> grossesse : vomissements, troubles digestifs, enfant nourri par la mère pendant 15 mois. Meurt de laryngite dyphtérique.

3<sup>e</sup> grossesse : Il y a 10 ans, normale.

Pas de fausse couche.

4<sup>e</sup> grossesse : Dernières règles ont eu lieu probablement fin juillet 1906.

Les 3 premiers mois, faiblesse générale, assoupissement.

A partir du 3<sup>e</sup> mois, état général s'aggrave. Toux de plus en plus fréquente.

A son entrée :

Appareil pulmonaire : rien.

Appareil circulatoire : léger galop.

Appareil digestif : perte de l'appétit. Clapotage gastrique. Diarrhée pendant 8 jours.

Température normale.

Grande pâleur allant en s'accroissant de jour en jour. Téguments couleur de cire, muqueuses complètement décolorées.

Pas d'amaigrissement notable. Légère bouffissure autour des paupières. Œdème aux extrémités des membres, mains et pieds. Angoisse. Sensation d'étouffement.

Fœtus : tête fixée O. I. G. A. :

Rate normale. Foie normal.

Pouls à 100 régulier. Dans la région mésocardiaque un galop assez net, éclat du 2<sup>e</sup> bruit aortique, léger souffle aux jugulaires.

Examen de sang, 28 mars. — Gl. R. : 840.000. Gl. B. : 12.000 ; pas de formes anormales de globules rouges, pas de globules à noyaux.

Le même jour à 11 heures du soir, accouchement d'un enfant mort pesant 1.900 gr. présentant des signes de début de macération.

4 avril. — Examen du fond de l'œil : nombreuses hémorragies rétiniennees surtout à droite. Jusqu'au 10 avril

état stationnaire, température monte pendant 3 jours à 39°.

A partir du 10 avril, amélioration commence, s'accroît de jour en jour.

Elle sort le 21 avril guérie. Un examen de sang fait un peu plus tard montre :

Globules rouges : 3.600.000.

### OBSERVATION N° 14

AUBERTIN. — Thèse Paris 1905, p. 146. Observ. 7.

B..., âgée de 34 ans, accouchée chez elle d'un enfant de 8 mois, entre le 19 mai 1905 dans le service de M. Bar pour anémie et faiblesse datant de plusieurs mois mais aggravées depuis cet accouchement.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu à l'âge de 14 ans une scarlatine sans complications, paraît-il, mais au cours de laquelle elle ne semble pas avoir été tenue au régime lacté pendant longtemps. Régliée à 16 ans, normalement ; pas de chlorose.

8 grossesses en l'espace de 15 ans. La première en 1890 (enfant mort de méningite), la 2<sup>e</sup> en 1892 (enfant vivant actuellement), la 3<sup>e</sup> en 1895 (enfant mort à 4 ans de méningite), les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 1897-1900 et 1901 (enfants vivants), la 7<sup>e</sup> (1903) s'est terminée par une fausse-couche de 4 mois sans hémorragie. Aucune de ces grossesses ne s'est accompagnée d'albuminurie ni d'anémie ; pas d'hémorragies pendant la délivrance. La dernière grossesse s'est terminée à 8 mois par un accouchement normal : l'enfant, de poids normal, est actuellement bien portant.

Les 6 premiers mois de la grossesse n'ont pas été mar-

qués par des troubles subjectifs notables : c'est au 7<sup>e</sup> mois que la malade est venue consulter pour œdème des jambes. Mais, dès le début de cette grossesse, elle était déjà notablement pâle. Vers le 6<sup>e</sup> mois elle ressentit des troubles visuels ainsi qu'une faiblesse générale. A la consultation, on remarqua sa pâleur très notable, et bien que l'examen des urines eut été par deux fois négatif au point de vue de l'albumine, on la mit au régime lacté et déchloruré. Le 5 mai, l'œdème n'a pas diminué et on constate de l'albuminurie : elle refuse néanmoins d'entrer à l'hôpital, et le 14 mai, elle accouche chez elle d'une fille pesant 1.800 gr. Légère infection ; elle entre le 19 mai à l'hôpital avec une fièvre assez élevée (39°) et des lochies fétides.

Un curettage ramène des débris de caduque, la température tombe rapidement. L'albuminurie et l'œdème ont complètement disparu, mais la décoloration des téguments est extrême, et la faiblesse est toujours très forte bien que les symptômes infectieux et rénaux aient totalement disparu. La malade se plaint d'un point de côté du côté gauche ; on s'aperçoit que la rate est volumineuse et douloureuse. Elle dépasse de 7 cent. le bord inférieur des fausses côtes, et sa matité est de 25 centim. : elle est de plus extrêmement douloureuse à la palpation et à la percussion. Pas de ganglions.

On pense à une leucémie myéloïde, mais l'examen du sang montre surtout un état anémique prononcé :

Gl. R. : 1.010.000. Gl. B. : 13.200

Aux jugulaires souffle continue à renforcement systolique, bilatéral, extrêmement musical, à timbre aigu, presque piaulant. Au cœur souffle anémique au foyer pulmonaire, de plus bruit de galop assez net. Le poulx bat à 84 en l'absence de fièvre ; il est petit et mou. Le nombre des

globules blancs est de 13.200, mais ce premier examen a été fait au moment d'une poussée fébrile éphémère sans doute en rapport avec un reste d'infection utérine. Le pourcentage donne :

Poly. : 83,30 %. Myélocytes : 3,30 %. Mono. : 12,02 %  
Lympho. : 0,39 %. Gros lympho. : 0,78 %. Eosino. : 0,19 %.  
Glob. rouges nucléés : 2,25 pour 100 leucocytes. La poïkilocytose et la polychromatophilie sont très marquées. Globules nains et globules géants. Un tiers des globules nucléés sont des mégaloblastes à gros noyau vésiculeux. Quelques microblastés, Normoblastes en division directe et possédant 2 noyaux bien séparés. Pas de globules nucléés en caryolyse, pas de globules expulsant leurs noyaux, pas de noyaux libres.

Diagnostic : Anémie gravidique du type pernicieux dont l'apparition a peut-être été favorisée par une néphrite (?) et dont les symptômes se sont aggravés sans doute par un certain degré d'infection utérine. Splénomégalie soit réactionnelle, soit infectieuse. Réaction myéloïde marquée, avec présence de globules nucléés en nombre notable ; c'est-à-dire pronostic relativement favorable quoique réservé.

L'opothérapie médullaire est commencée le 31 mai, à l'exclusion de toute autre médication. Ingestion quotidienne de 20 gr. d'extrait glyciné de moelle qui nous a été fournie par M. Carrion.

Le lendemain (1<sup>er</sup> juin) les gl. R. sont à 1.240.000, l'hémoglobine à 40 % (la valeur globulaire est donc augmentée) et les leucocytes sont tombés à 6.000. Il n'y a pas eu de poussée fébrile depuis le dernier examen, et ce chiffre est vraisemblablement celui qu'on doit adopter. Malgré cette diminution du nombre total des globules blancs, le pourcentage reste analogue et la polynucléose est même

plus marquée : Poly. : 87.02 0/0. Myélocytes, 2,39 0/0. Mono. : 9,80. Lympho. : 0,19. Grands lympho. : 0,58 0/0. Les globules nucléés ont subi une augmentation apparente, mais en réalité leur nombre absolu a peu varié (6 pour 100 leucocytes). On trouve encore des normoblastes à double noyau, d'autres qui expulsent leur noyau : l'un d'eux-même expulse un noyau trifolié (phénomène assez rare).

2 juin. — Etat général meilleur, la malade est moins faible et mange un peu plus. La rate a considérablement diminué ; elle dépasse à peine les fausses côtes et sa matité est de 15 cent environ ; elle n'est plus douloureuse à la pression (cette splénomégalie était donc vraisemblablement d'origine infectieuse). Les souffles n'ont pas changé.

3 juin. — Gl. R. : 1.330.000. Gl. B. : 4.800.

Même formule leucocytaire.

Mêmes lésions des globules rouges.

Le nombre total des globules nucléés a peu varié, mais on y trouve des modifications morphologiques intéressantes : la plupart des normoblastes ont les mêmes caractères, mais nous en avons trouvé quelques-uns qui présentaient un noyau très nettement pyknotique. Parmi les mégalo blastes nous en avons trouvé un certain nombre dont le noyau était nettement en caryolyse, répandu dans tout le protoplasma à l'état de masses chromatiniennes pâles, irrégulières et mal limitées donnant ainsi au mégalo blaste un caractère tout spécial. Nous avons de plus trouvé un gigantoblaste à noyau de mégalo blaste.

5 juin. — Gl. R. : 1.230.000. Gl. B. : 3.600.

La polynucléose persiste, la myélocytose s'accroît (apparition de quelques myélocytes éosinophiles). Globules nucléés : 5 pour 100 leucocytes (diminution légère). Mais leurs modifications morphologiques deviennent de

plus en plus intéressantes. Sur 100 globules nucléés nous trouvons en effet : environ 15 mégalo blastes ordinaires ; 30 mégalo blastes à noyau plus ou moins rétracté, plus ou moins foncé, ressemblant plus ou moins au noyau du normoblaste. 12 normoblastes.

Le reste est constitué par des globules qui expulsent leur noyau (on peut suivre sur les préparations tous les stades de cette expulsion), par des globules à double noyau, par des globules à noyau irrégulier, ou en pyknose, ou en train de se diviser. Quelques mégalo blastes très polychromatophiles. Enfin on trouve un grand nombre de « noyaux libres » ayant tous les caractères du noyau du normoblaste et dont l'origine ne saurait être douteuse étant données les figures d'expulsion si nombreuses sur ces lames. Toutes ces formes n'existaient pas les jours précédents.

7 juin. — L'amélioration se dessine nettement : la malade peut se lever : Gl. R. : 1.470.000.

Hémoglobine 60 0/0. (La valeur globulaire est donc extrêmement élevée) : Gl. B. : 6.000.

Le nombre des globules à noyau a diminué. On trouve maintenant un très petit nombre de mégalo blastes. On a surtout des normoblastes, des mégalo blastes à petit noyau, des formes irrégulières, des normoblastes en division, et toujours une très grande quantité de noyaux libres. Les hématies ont toujours les mêmes caractères : la poikilocytose, l'anisocytose, la polychromatophilie persistent.

8 juin. — Le nombre total des globules nucléés a diminué ; on ne trouve plus que des normoblastes et des noyaux libres. Quelques normoblastes expulsant leur noyau, un normoblaste à noyau en caryolyse. Sur une

lame nous avons trouvé seulement 2 mégalo blastes, dont l'un est en caryolyse nucléaire très marquée.

D'autre part le nombre des myélocytes augmente (quelques mononucléaires eosinophiles), ainsi que le nombre des lymphocytes à grand protoplasma. Le pourcentage des polynucléaires diminue légèrement.

9 juin. — Gl. R. : 1.750.000. Hgl. : 70 0/0. Gl. B. : 7.200. Nous trouvons seulement sur une lame entière quelques noyaux libres ; pas de mégalo blastes ni de normo blastes. Il y a augmentation des myélocytes et des lymphocytes à grand protoplasma (7 0/0). Aussi le taux des polynucléaires diminue légèrement (75 0/0). La poikilocytose, l'anisocytose, la polychromatophilie persistent toujours.

10 juin. — On ne trouve plus de globules nucléés. Même formule leucocytaire. La poikilocytose diminue : la malade va mieux et commence à se lever. Les souffles cardiaques ont presque complètement disparu. Le souffle des jugulaires persiste. La rate diminue.

11 juin. — Gl. R. : 2.320.000. Gl. B. : 12.000.

Les déformations globulaires diminuent, mais les globules nains et les globules géants sont toujours en grand nombre. Pas de globules nucléés. Même formule leucocytaire (73 0/0 de polyn.) avec persistance encore d'une assez notable myélémie (4 0/0).

22 juin. — L'amélioration est considérable. La malade est debout toute la journée et a repris ses forces et son appétit. Les muqueuses ne sont plus décolorées. Les souffles cardiaques ont disparu ainsi que le bruit de galop. Rate normale.

Gl. R. : 3.100.000. Gl. B. : 8.000. Valeur globulaire

toujours augmentée. Poly. : 70 0/0. Pas de myélocytes, pas de globules rouges nucléés.

5 juillet. — Gl. R. : 3.800.000. G. B. : 7.000.

Même formule leucocytaire. La malade est cliniquement guérie.

## OBSERVATION N° 15

BERTINO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*. Octobre 1907, p. 374.

Emilia Macchi, 22 ans. Entrée le 26 juillet 1905. Depuis un mois se produisent tous les symptômes de l'anémie grave : œdème d'abord limité aux membres inférieurs puis œdème de tout le corps ; mauvais état général. Dyspnée. Diarrhée. Température.

A l'examen on note la coloration jaune terreuse de la peau, les muqueuses décolorées, le peu de pannicule adipeux, l'œdème de tout le corps. Urine normale.

Battements des carotides, bruit de rouet aux jugulaires.

Bruits du cœur bien rythmés, accompagnés d'un souffle inorganique à la pointe du cœur.

La malade en est à son 8<sup>e</sup> mois de grossesse.

Traitement : moelle osseuse, cacodylate de soude.

Le 31 juillet accouchement spontané d'un enfant pesant 1.800 gr.

Peu à peu tous les signes diminuent et la malade part guérie le 26 août.

Examens de sang, 26 juillet 1905. — Gl. R. : 1.125.000. Gl. B. : 6.840. Hgl. : 10. Val. glob. : 0,44.

15 août 1905. — Gl. R. : 2.060.000. Hgl. : 20. G. B. :  
— Val. globul. : 0,48.

Nombreux macro et microcytes, beaucoup de normoblastes et quelques mégaloblastes.

### OBSERVATION N° 16

BERTINO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*. Octobre 1907, p. 371.

Maria Maestri, 24 ans. Entrée le 18 décembre 1904. Pas de maladies antérieures. Réglée à 13 ans toujours régulièrement. 2 grossesses, la dernière gémellaire compliquée d'anémie, interrompue spontanément en mars 1903.

Grossesse actuelle. — Dès le début l'anémie grave se manifeste : œdèmes des membres inférieurs, diarrhée, vertiges, pas d'albumine. La grossesse est à son 7<sup>e</sup> mois ; l'abdomen est très développé. Le 19 décembre accouchement de 2 jumeaux pesant 1.000 et 1.060 gr. Hydramnios.

Traitement : fer en injections sous-cutanées.

Examen de sang du 19 décembre. — Gl. R. : 1.812.000. G. Bl. : — Hgl. : 20 0/0. Val. Glob. : 0,55.

12 janvier 1905. — Gl. R. : 2.445.000. Gl. B. : 5.620. Hgl. : 37 0/0. Val. glob. : 0,75.

Le 14 février état très satisfaisant. Pas de déformation globulaire. Quelques microcytes.

### OBSERVATION N° 17

OLIVIO. — *Annali di Ostretica e gynecologia*. 1905.

Teresa P..., 30 ans, entrée le 14 avril 1902. 3 grossesses antérieures ; a allaité 5 enfants, les siens et 2 autres.

Grossesse actuelle. Normale jusqu'à la fin du 7<sup>e</sup> mois.

A ce moment des signes d'anémie pernicieuse : faiblesse, pâleur, œdème des membres inférieurs, diarrhée, rate augmentée de volume.

Accouchement prématuré spontané le 15 avril 1902. Pendant les suites de couches, élévation de température qui cède à des injections intra-utérines. Traitement : moelle osseuse, arseniate de fer, antiseptie intestinale, sublimé en injections intraveineuses. Examen de sang du 15 avril : Gl. R. : 1.310.600. Val. Glob. : 1,14. Poïkilocytose, anisocytose, normo et mégalo blastes.

25 avril. — Gl. R. : 850.000. Val. globul. : 1,35.

13 mai. — Gl. R : 2.502.000. Val. globul. : 0,73.

La malade sort dans un état très satisfaisant le 19 mai.

#### OBSERVATION N° 18

CLIVIO. — *Annali di ostetrica e ginecologia*, 1901, p. 857.

Adélaïde Poretti in Bernadi, 35 ans. Pas de maladies antérieures, mariée depuis 8 ans. 7 grossesses : 1<sup>re</sup>, 4<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> à terme : les autres interrompues dans les premiers mois ; n'a jamais allaité.

Grossesse actuelle : mouvements actifs perçus au mois de novembre. Vers le 9 janvier, la grossesse se complique de fièvre, douleurs articulaires, céphalée, anorexie, etc... en quelques jours se montrent tous les symptômes de l'anémie grave : pâleur, faiblesse, dyspnée, toux, œdèmes des membres inférieurs, fièvre légère, diarrhée, souffle anémique à la pointe. Pouls 115-120. Il n'y a pas d'albumine, et l'examen des feces est négatif. La malade entre à la clinique le 13 mars 1901. L'examen obstétrical révèle une grossesse de 8 mois.

L'examen de sang donne : 1.527.000 globules rouges.  
Poïkilocytose, anisocytose, quelques gl. r. nucléés.

18 mars. — Gl. R. : 1.278.571. Val. glob. : 0,86.

21 mars. — Gl. R. : 1.034.089. Val. glob. : 1,11.

Gl. R. nucléés et spécialement mégalo blastes.

Le 22 mars, accouchement spontané, enfant vivant, sexe masculin 2 kg.

Le 25 mars. — Gl. R. : 880.000. Val. Gl. : 1,25.

Malgré cela, malade présente un assez bon état général. Amélioration ne tarde pas à se faire sentir.

31 mars. — Gl. R. : 1.481.250. Val. glob. : 0,94.

Augmentation des normoblastes.

4 avril. — Gl. R. : 1.685.009. Hgl. : 38.

17 avril. — Gl. R. : 2.107.692. Hgl. : 50.

23 avril. — Gl. R. : 3.320.000. Hgl. : 60.

27 avril. — Sortie de la clinique dans d'excellentes conditions.

Traitement : opothérapie médullaire.

#### OBSERVATION N° 19

NŒGLI. — Clinique de Eischhort. In Thèse Dina. Beyer Gurowitsch. Zurich 1912.

Femme B. R..., ménagère, 30 ans. Entrée le 8 février 1901. Sortie le 1<sup>er</sup> juillet 1901.

Diagnostic. Anémie pernicieuse. Péricardite.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une maladie de cœur. Mère morte en couche. 5 frères et sœurs vivants.

Antécédents personnels : rougeole à 6 ans, grippe en 1899. Depuis septembre 1900, entérite.

D'après la malade, la maladie actuelle a débuté il y a 7 mois en juillet par pâleur, fatigue et abattement. De-

puis 15 semaines elle garde le lit. A sa 36<sup>e</sup> semaine de grossesse elle accouche prématurément et depuis elle présente les signes d'anémie progressive avec œdèmes. C'était son 8<sup>e</sup> accouchement : 5 enfants bien portants, 3 morts l'un de tuberculose, le 2<sup>e</sup> de coqueluche, le 3<sup>e</sup> tout de suite après l'accouchement.

Actuellement : femme de taille moyenne, maigre. Peau et muqueuses très pâles. Léger œdème des jambes. Peau sèche ; desquamation au niveau des bras. Malade très fatiguée. 5 points d'hémorragies rétinienes avec taches blanchâtres. Cœur : léger souffle systolique à la pointe. Souffle systolique plus fort au foyer pulmonaire. Le 2<sup>e</sup> bruit un peu renforcé. Pouls très petit, mal frappé, régulier. Abdomen météorisé. Légère ascite mobile. Appétit conservé. Pas de nausées. Selles normales. Foie et rate normaux. Traces d'albumine dans les urines. Les reflexes existent mais sont faibles.

Examen de sang du 10 février. — Hgl. : 18 0/0. Gl. R. : 760.000. Gl. B. : 2.800. Val. globul. : 1. Globules rouges normaux. Très rarement un globule nucléé. Les leucocytes sont presque tous des poly. Quelques eosinophiles. Rares sont les myélocytes. Nombreux lymphocytes. Quelques plaquettes. Traitement arsenical.

25 février. — Gl. R. : 645.000. Gl. Bl. : 1.800. Hgl. : 18 0/0.

La température qui jusqu'au 20 février était de 37° à 37°9 devient normale jusqu'au 23 avril. Respiration 24-28. Urines en très faible quantité (300-800 gr.).

26 février. — Diarrhée 7 selles par jour. Œdème assez fort des jambes.

27 février. — Gl. Bl. : 2.200. Quelques globules nucléés. Augmentation des plaquettes. Poikilocytose mar-

quée, Anisocytose. Myélocytes : 1 0/0. Poly. : 62 0/0. Formes de transition : 3 0/0. Eosinophiles : 2,5 0/0. Lymphocytes : 30 0/0. Gl. R. nucléés : 2,6 0/0 en majorité des normoblastes.

28 février 1901. — Malade très pâle, œdème de tout le corps, lèvres décolorées, foie palpable, ascite libre, rate normale, sang : très pâle et très fluide. Gl. R. : 760.000. Gl. Bl. : 2.800. Poïkilocytose.

20 mars. — Hgl. : 40 0/0. Gl. R. : 1.240.000. Gl. B. : 2.700.

23 mars. — La malade se sent mieux. L'examen des selles est négatif au point de vue parasites.

27 mars. — Hgl. : 33 0/0. Gl. R. : 1.201.000. Gl. B. : 1700.

4 avril. — Gl. R. : 1.410.000. Hgl. 28 0/0.

16 avril. — Diarrhée. Depuis 3 jours, 3 selles par jour.

17 avril. — Gl. R. : 1.435.000. Gl. B. : 1.500. Hgl. : 35 0/0.

24 avril. — La veille 38°9 avec douleur très forte au-dessous du sternum. Le 24 tempér. 39°6. Frottements légers et fins de péricardite un peu à gauche du sternum. La matité du cœur est augmentée et a la forme de matité des péricardites.

La température redevient normale à partir du 27 avril.

29 avril : Gl. R. : 2.075.000. Gl. B. : 2.900. Hgl. : 46 0/0.

1<sup>er</sup> Mai. — Il n'y a plus de signes de péricardite. La malade est mieux et a de l'appétit.

25 mai. — Hgl. : 56 0/0. Gl. R. : 3.027.000. Gl. B. : 4.520.

11 juin. — La malade se lève depuis 8 jours sans fatigue. Hgl. : 65 0/0.

1<sup>er</sup> juillet 1901. — Sortie de la malade. Aspect florissant. Gl. R. : 4.007.500. Gl. B. : 6.075. Poids : 48 kg. 500.

La malade est revue en octobre 1902 et en août 1903. Enceinte en juillet 1902, elle présente à nouveau un peu de pâleur et d'œdèmes. Traitée à l'arsenic pendant 5 semaines. Elle accouche le 30 mars 1903. A la suite, très forte hémorragie. Elle se remet mais présente des vertiges et un peu de faiblesse. Nouvelle hémorragie de plus de 1 litre de sang en juillet 1903 au moment de ses règles. Traitement : fer. Elle ne présente rien d'anormal ; l'appétit est bon, la langue nette, pas de souffle au cœur, pas d'œdème, foie et rate normaux. Hgl. : 71 0/0, pas de poïkilocytose ni d'anisocytose, pas de normo ni mégalo blastes. Gl. B. : 8.000. Poly. : 61,5 0/0. Eosinophiles : 1,4 0/0. Lymphocytes : 33 0/0. Formes de transition : 4 0/0.

16 décembre 1908. — Nouvelle consultation. A nouveau enceinte de 3 mois. Pas d'anémie. Hgl. : 92 0/0.

5 décembre 1911. — La femme avait à nouveau accouché 11 mois auparavant. C'était son 11<sup>e</sup> accouchement et le 3<sup>e</sup> depuis sa maladie.

L'examen ne montre rien de pathologique.

Hgl. : 90 0/0. Gl. rouges normaux. Poly. : 74 0/0. Eosino. : 2 0/0. Lymphocytes : 18 1/3 0/0. Formes de transition : 5 0/0. Mastzellen 2/3 0/0.

OBSERVATIONS  
DES CAS PRESENTANT  
UN ACCOUCHEMENT SPONTANE  
A TERME

## OBSERVATION N° 20

Rümpf. — Zentrabl. für Gynäko 1922 n° 23 (in Geburtshil. gesells. zu Hamburg. Mars 22).

Femme X..., 29 ans. III pare. Rien dans antécédents familiaux. En 1919 diphtérie grave avec paralysie du voile du palais. Petite atteinte des reins. Il y a 3 mois grippe. depuis malade. 8 jours avant son entrée œdème des pieds et du visage. Pâleur frappante. Palpitations. Essoufflement à la marche. Pas d'hémorragies. A l'entrée, aspect d'une anémie grave et d'une néphrite.

Grossesse à terme. Quelques jours après son entrée accouchement spontané, perte de sang très minime. Examen de sang 6 h. après post partum : Hgl. 14 0/0. Gl. R. : 980.000. Gl. B. : 7.400.

5 jours après accouchement, pas d'amélioration, plutôt aggravation. Transfusion 800 cm. de sang (méthode d'Oehlecker). Aussitôt amélioration frappante. Examen de sang 35 jours après accouchement.

Hgl. : 48 0/0. Gl. R. : 4.200.000.

## OBSERVATION N° 21

LELLOUCHE. — Thèse d'Alger 1920, p. 70.

M. Léontine entre à la Maternité le 10 mars, à la fin du 8<sup>e</sup> mois de sa grossesse, semble très anémiée, teinte subictérique des téguments. Muqueuses décolorées. Tension artérielle : M.x. 9. M. n. 6, indice oscillométrique 1,5.

Pouls : petit, régulier 90.

Cœur : souffle systolique à la pointe disparaissant dans la position assise.

Poumons : normaux.

Rate : perceptible, difficile à sentir, à cause de l'utérus gravide.

Malade a des vertiges, céphalée, troubles oculaires, mouches volantes.

Examen de sang. Gl. R. : 2.520.000. Gl. B. : 2400. Hgl. : 70 0/0. Poly. : 39 0/0. Grands mono. : 45 0/0. Lympho. : 11 0/0. Eosinophiles : 2 0/0. Formes de transition : 3 0/0. Pas d'hématozoaires.

Autohémothérapie 13 mars.

15 mars. — Nouvel examen. Gl. R. : 3.600.000. Gl. B. : 2.400. Hgl. : 70 0/0. Polynucl. : 40 0/0. Grands mono : 39 0/0. Myélocytes : 3 0/0. Lymphocytes : 15 0/0. Formes transition 2 0/0. Eosino. : 1 0/0.

Anisocytose marquée. Tension 11,5-6,5. Indice : 2.

Etat général non amélioré. On donne 4 pilules d'ésanophèle par jour, on fait une 2<sup>e</sup> autohémothérapie.

Le 18 mars on prend 15 cc. de sang de la veine basilique et on l'injecte dans la cuisse droite. — Examen. : Gl. R. : 4.300.000. Gl. B. : 4.600. Hgl. : 80 %. Poly. : 60 0/0. Grands mono. : 26 0/0. Myélocytes : 2 0/0. Lymphocytes : 8 0/0. Formes de transition : 4 0/0. Formes de transition : 4 0/0. Anisocytose marquée.

20 mars. — Vertiges disparaissent.

22 mars. — 3<sup>e</sup> autohémothérapie.

Numération globulaire. — Gl. R. : 4.200.000. Gl. B. : 4.700. Hgl. : 80 0/0. Poly. : 67 0/0. Grands mono. : 20 0/0. Myélocytes : 2 0/0. Lymphocytes : 7 0/0. Eosino : 1 0/0. Formes de transition : 3 0/0.

17 avril. — Accouchement d'un enfant vivant sexe féminin. 3 kil. 300. Placenta Phœvia.

27 avril. — Etat général bon. La malade est évacuée à Bouillaud pour y achever les suites de couches.

Pouls 60. Tension 11.

Examen de sang. Gl. R. : 3.140.000. Hgl. : 90 0/0. Poly. : 47 0/0. Lympho. : 38 0/0. Mono. : 14 0/0. Eosino. : 1 0/0.

2 mai. — Autohémothérapie.

3 mai. — Gl. R. : 3.360.000. Hgl. : 90 0/0. Poly. : 63 0/0. Lymphocytes : 31 0/0. Mono. : 5 0/0. Eosino. : 1 0/0. Etat général toujours stationnaire.

5 mai : Wassermann faiblement positif, on fait injections quotidiennes d'hectine jusqu'au 16 mai.

Etat général invariable.

15 mai. — Poussée fébrile, 39° frisson. Transpiration.

Numération globulaire : Gl. R. : 3.700.000. Hgl. : 70 0/0.

18 mai. — Autohémothérapie.

19 mai. — Gl. R. : 4.280.000. Gl. B. : 8.000. Hgl. : 90 0/0. Toujours céphalée, vertiges.

1<sup>er</sup> juin. — Dosage d'urée dans le sang : 0,42.

3 juin. — Examen radioscopique : rien d'anormal.

8 juin. — Gl. R. : 4.120.000. Gl. B. : 12.000. Hgl. : 85 0/0. Poly. : 55 0/0. Grands mono. : 10 0/0. Mono. : 8 0/0. Lympho. : 23 0/0. Eosino. : 1 0/0. F. transition : 1 0/0. Pas d'anisocytose ni de poikilocytose. Pas d'hématies nucléées. Malade semble en bonne voie de guérison.

21 juin. — La malade sort. Céphalée, douleur au niveau de l'épigastre.

Elle quitte le service quelques jours après.

## OBSERVATION N° 22

ECALLE. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Paris. Année 1920, p. 106.

L. D..., 1 paré 24 ans.

Dernières règles du 1<sup>er</sup> au 6 avril 1919, grossesse, sans incident jusque vers 15 sep. 19.

A cette époque, vomissements avec douleur au niveau de l'épigastre, légère céphalalgie, pas de troubles oculaires. Fin décembre, œdème des membres inférieurs, faible quantité d'albumine. T. A. : 16/11.

Grossesse près du terme, sommet engagé en O. I. G. A.

Malade entre à la clinique, mise au régime lacté, puis déchloruré.

12 janvier 1920, accouchement d'un garçon bien constitué de 3.700 gr. Très légère hémorragie après accouchement. Délivrance normale et complète. Placenta 500 gr. sans trace d'infarctus.

1 h. 1/2 après accouchement plusieurs syncopes.

Journée suivante, état stationnaire. La malade élimine 1.500 gr. d'urine avec 0,60 albumine. Température à 39° T. A. 15/11. Du 2<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour aggravation de l'état général, céphalée, augmentation des œdèmes des membres inférieurs. Quelques vomissements, diarrhée : surtout une anémie de plus en plus marquée avec pâleur et bouffissure de la face. Muqueuses exsangues, conjonctives décolorées. Léger subictère le 3<sup>e</sup> jour. Les urines diminuent de quantité, contiennent urobiline, pigments biliaires, légère albumine. Pouls entre 100 et 120. Température entre 38°1 et 38°4. Foie paraît un peu petit. Rate percevable.

L'anémie augmente, malade présente pendant 3 jours des phénomènes délirants qui font craindre une crise de manie puerpérale.

Examen du fond de l'œil :

Œil droit : nombreuses hémorragies rétinienne péri-papillaires sur le trajet des veines ; quelques exsudats.

Œil gauche : œdème plus considérable, grosse hémorragie de la région péripapillaire supérieure.

Numération globulaire :

3 jours après accouchement : G. R. : 2.392.000.

3 jours après : Gl. R. : 1.000.000. Gl. B. 7.000.

Les globules ont leur forme normale.

Pas d'anisocytose ; pas de poïkilocytose ; pas de gl. rouges à noyaux.

Quelques rares globules en raquette. Poly. : 58 0/0. Grands mono. : 12 0/0. Moyens mono. : 5 0/0. Lympho. : 25 0/0. Résistance globulaire normale. — Hgl. : 15 à 20 0/0 (Tallquist). Temps de coagulation retardé de 20 minutes. Hémoculture négative.

Les phénomènes d'anémie augmentant rapidement, on pratique une transfusion de 400cc de sang citraté, prélevé sur la sœur de la malade.

A la fin de la transfusion, période d'agitation avec dyspnée. Quelques heures plus tard, frissons, température à 40°, puis sueurs très abondantes. Le lendemain. Tempér. : 37°2, le soir 38°4.

Examen de sang du lendemain : Gl. R. : 1.250.000. Gl. B. : 25.000. Poly. : 7 6 0/0. Jours suivants, amélioration. Les muqueuses se recolorent progressivement. 6 jours après ;

Gl. R. : 1.250.000. Gl. B. : 11.000. Myélocytes : 13 %.  
Hgl. : 30 0/0. Pas de Gl. r. anormaux.

Résistance globulaire et temps de coagulation normaux.

Amélioration rapide de l'état général. 10 jours plus tard :

Gl. R. : 2.500.000.

Gl. B. : 10.000.

Autre examen 20 jours plus tard :

Gl. R. : 3.700.000.

Gl. B. : 8.000.

Sortie le 21 février en bon état.

L'enfant n'a jamais rien présenté d'anormal.

#### OBSERVATION N° 23

A. PAQUET. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Paris. Année 1920, p. 467.

Femme de 23 ans, pas d'antécédent héréditaire, collatéral ni personnel pathologique, sauf érysipèle à l'âge de 20 ans.

En 1915 accouchement à terme d'un enfant nourri au sein actuellement bien portant. Dernières règles : 16-20 mars 1919. Evolution normale de la grossesse pendant les 5 premiers mois, puis apparition d'hématémèses d'abord peu abondantes, sans efforts, sans douleurs, de fréquence de plus en plus grande et s'accompagnant par intermittence d'épistaxis. Poids et embonpoint restent normaux.

Elle entre dans le service le 2 décembre 1919. Teinte cirreuse spéciale des téguments ; décoloration des muqueu-

ses. Etat de faiblesse extrême avec douleurs lombaires. Pas de signes d'ulcère de l'estomac. Rien aux poumons.

Cœur : souffle anémique à l'orifice pulmonaire et bruit de rouet à la jugulaire.

Foie et rate normaux.

Pas de troubles des fonctions intestinales ni rénales.

Examen obstétrical : grossesse de 8 mois, fœtus mort se présentant par le sommet.

Examen de sang le 3 décembre 1919. Gl. R. : 1.800.000. Poly. neutro. : 63 0/0. Lymphocytes. : 37 0/0. Pas d'anisocytose ni de poikilocytose. Pas de globules nucléés, pas d'éléments anormaux. Wassermann négatif.

Traitement. — Injections bi-hebdomadaires d'hémoplase Lumière.

Le 5 décembre montée laiteuse.

Le 12 décembre expulsion d'un fœtus macéré de 1.950 grammes.

Le placenta pèse 400 gr. ; pas d'altérations spécifiques.

Examen du sang le 4 janvier 1920. — G. R. : 1.900.000. Lympho. : 10 0/0. Mono. : 35 0/0. Polynucléaires : 53 0/0. Eosino. : 2 0/0. Anisocytose très accentuée. Poikilocytose légère.

Valeur globulaire voisine de 2. Les hématomèses ont cessé, mais les épistaxis sont plus fréquents.

Expulsion de 2 ascaris.

Traitement néosalvarsan cacodylate.

25 février. — Gl. R. : 2.015.000. Val. globul. : 1,20. Anisocytose accentuée. Poikilocytose très accentuée. Présence d'hématies nucléées.

## OBSERVATION N° 24

BECKMAN. — Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Déc. 21, p. 120. Observation I.

E. M..., Prot. N° 1049/19. Malade, 38 ans, entrée le 28 juin 1919.

9 accouchements dont 2 avortements, 1 accouchement prématuré à 8 mois. Premières règles à 14 ans.

Dernières règles du 5 au 13 novembre 1918.

Depuis Pâques 19, faiblesse progressive, pâleur. Depuis 14 jours, œdème des membres, diarrhée, diminution des urines.

Actuellement. — Téguments et muqueuses pâles, légèrement jaunâtres, pas de purpura. Respiration rapide (36). Pouls à 100.

Œdème considérable de tout le dos, œdème moindre aux membres inférieurs, visage bouffi.

Poumons et cœur normal.

Rate : extrémité inférieure palpable à 1 travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Urines : albumine, urobiline, urobilinogène, cylindres granuleux, érythrocytes, leucocytes.

Ce même jour, après 12 heures de travail, accouchement de 2 jumeaux pesants 1.350 et 1.650 gr., longs de 38 et 40 c/m.

Examen de sang du 29 juin 1919. — Gl. R. : 1.315.000. Hgl. (Sabli) : 32. Val. glob. : 1,2. Gl. B. : 4.220. Poly. : 77 0/0. Gds mono. : 4%. Lympho. : 16 0/0. Formes de transition : 1 %. Myélocytes : 1 %. Anisocytose, polycromato-

philie, quelques mégalo blastes (5 dans la préparation). Normoblastes.

Examen du fond de l'œil : normal.

Wassermann négatif.

Jours suivants disparition des œdèmes. Pas d'albumine. Etat général amélioré.

Le 26 juillet 19, malade quitte l'hôpital sans autre changement essentiel dans la composition de son sang.

Pendant son séjour à l'hôpital, température n'atteignit que 2 fois 39°.

Revue 1<sup>er</sup> février 1921. — Pâleur moyenne. Tumeur de la rate s'étendant jusqu'aux fausses côtes. Autrement rien de pathologique. Pas d'albumine, pas d'urobilinogène.

Examen du sang : Gl. R. : 4.380.000. Hgl. : 64. Val. glob. : 0,73. Gl. B. : 7.100. Poly. : 85 0/0. Eosinophiles. : 1 0/0. Formes de transition : 4 0/0. Grands mono. : 2 0/0. Lympho. : 8 0/0. Les globules rouges sont normaux.

## OBSERVATION N° 25

SIGNORELLI. — *Reforma medica*, juillet 1920.

Femme X..., 34 ans. Réglée à 13 ans. Mariée à 24 ans, mari sain, mort en 19 d'influenza. Elle a eu 4 enfants vivants, pas d'avortements.

A la mort de son mari, elle était au 5<sup>e</sup> mois de sa quatrième grossesse, fit un influenza compliqué de broncho-pneumonie. Convalescence très longue.

En décembre à nouveau immobilisée : prostration très intense, anémie, insomnie, manque d'appétit, diarrhée.

Etat général tel que l'on pensa à l'imminence de l'accouchement.

Entrée à la clinique le 28-2-19. Présentait comme signes d'anémie grave : état de faiblesse accentuée, pâleur intense de la peau et des muqueuses, œdème des membres inférieurs, des mains, des paupières. Haleine fétide.

Cœur : souffle systolique à caractère inorganique.

Albumine : 1 gr./1.000. Diarrhée. Température entre 37°9 et 39.

5 jours après son entrée, étant à terme, la femme accouche d'un enfant de 2 kg. 500. Perte du sang régulière. Allaitement artificiel.

Jours suivants, utérus redevient normal ; anémie plus intense, prostration complète, diarrhée.

Température à 38°.

Examen de sang du 12-3-19. — Gl. R. : 1.650.000. Hgl. : 35. Val. glob. : 1,18. Gl. B. : 20.000. Poly : 54 0/0. Lympho. : 32 0/0. Myéloblastes : 1 0/0. Promiélocytes : 6 0/0. Myélocytes : 4 0/0. Mono. : 2 0/0. Mégalo-blaste : 1 0/0. Légère poïkilocytose. Anisocytose intense. Polychromatophilie. Erythroblastes : 22 pour 100 leucocytes.

A partir du 18 mars, légère amélioration, l'appétit revient. La prostration n'existe plus. Peau et muqueuses se recolorent légèrement. Les œdèmes ont presque complètement disparu. Température 37°3.

L'acuité visuelle est diminuée, photophobie. A l'examen du fond d'œil : petites hémorragies rétinienues.

Au cœur : souffle persiste. Pouls normal à 68. Tension au Riva Rocci 13/7,5.

Rate non palpable. Légère trace d'albumine. Wassermann négatif.

Examen de sang du 20-3-19. — Gl. R. : 2.000.000. Hgl. : 45 0/0. Val. glob. : 1,10. Gl. B. : 5.000. Poly. : 54 0/0. Lym-

phocytes : 39 0/0. Mono. : 7 0/0. Gl. R. nucléés : 5/100. Anisocytose. Traitement arsenic.

Alimentation abondante. Repos. L'amélioration continue, très rapide.

Examen du sang du 3-4-19. — Hgl. : 75 0/0. Gl. R. : 4.000.000. Val. globul. : 0,93. Gl. Bl. : 4.800. Poly. : 55 0/0. Eosino. : 3 0/0. Basophiles : 1 0/0. Mono. : 3 0/0. Lympho. : 43 0/0. Pas de globules rouges nucléés. Pas de poïkilocytose, diminution de l'anisocytose.

Examen de sang du 17-6-19 : Hgl. : 86 0/0. Gl. R. : 4.400.000. Val glob. : 0,94. Gl. B. : 4.500. Poly neutro : 50 0/0. Mono. : 6 0/0. Lympho. : 41 0/0. Très légère anisocytose.

Examen du 27-2-1920. — Hgl. : 82 0/0. Gl. R. : 4.450.000. Val. glob. : 0,92. Gl. B. : 6.400. Poly. : 74 %. Eosino. : 1 0/0. Mono. : 7 0/0. Lympho. : 18 0/0.

## OBSERVATION N° 26

CLEISZ. — Bulletin société d'obstétr. et de gynecol. Paris 1920, p. 174.

Mme L..., 37 ans, III pare. Pas d'antécédents familiaux ni personnels. Régée à 12 ans, règles toujours régulières.

1<sup>re</sup> grossesse en 1906. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant de 3 kg. 750. Serait mort de méningite (?) à 3 ans 1/2.

2<sup>e</sup> grossesse en 1912. Accouchement spontané au 8<sup>e</sup> mois. Enfant actuellement bien portant mais chétif.

Pendant la guerre elle a travaillé dans une fabrique d'obus, puis de masques à gaz.

Gestation actuelle, a commencé en 1918. Dernières règles du 16 au 24 septembre 1918.

Vers le quatrième mois en janvier 1919, elle se serait donné un coup sur le tibia gauche et il se serait produit à ce niveau de la suppuration.

Fut soignée à Saint-Louis pour ulcère variqueux, est obligée alors de s'aliter pour faiblesse et amaigrissement extrêmes. En même temps anorexie, vomissements.

Entre à la clinique Baudeloque 15 mai 1919.

Pas d'albumine. Présentation céphalique, dos à gauche, enfant vivant. Facies pâle, teinte paille, légèrement bouffi, un peu d'œdème conjonctival. Dyspnée d'effort. Pouls à 100, température 37. Tension artérielle : 10/8 au Pachon, pas d'œdème des membres.

Du 28 mai au 1<sup>er</sup> juin, température un peu au-dessus de la normale ; 31 mai, 38°.

Examen de sang à cette époque. — Globules rouges : 1.500.000. Quelques globules nucléés. Légère lymphocytose.

Du 5 au 8 juin nouvelle poussée fébrile. Vomissements, diarrhée, œdème palpébral, albumine. Etat général de plus en plus mauvais : dépression nerveuse, torpeur. Décoloration complète des muqueuses, teinte jaunâtre des téguments sans subictère, pas d'œdème des jambes.

Cœur : petit souffle systolique à la base ; gros souffle jugulaire à droite.

2<sup>e</sup> examen de sang. — Gl. R. : 837.000. Hgl. : 32 0/0. Globules Blancs : 4.000. Polynucléaires : 72 0/0. Lympho-

cytes : 23 0/0. Petits mono. : 3 0/0. Grands mono. : 1 0/0. Basophiles 1 0/0. Poïkilocytose.

8 juin, 18 heures, malade entre en travail. 9 juin 11 h. accouche d'un fœtus de 2.000 gr. ; placenta, 270 gr.

Hémorragie de la délivrance minima : 175 gr. environ.

1/2 heure après, accouchement poulx filiforme, mais régulier à 104. Facies décoloré. T. a. : 16/9.

Quelques heures après, poulx plus rapide à 128 mais mieux frappé. La femme a eu une selle diarrhéique très liquide et noirâtre.

Le soir, température est à 39°2. Elle se maintient ainsi pendant 5 jours, puis les 15 jours suivants à 38°.

15 juin. — Gl. R. : 625.000. Hémoculture négative.

Le 17. — Amélioration de l'état général. A partir de ce jour, série de 5 piqûres d'hémostyl de 10 c<sup>3</sup>, moelle de veau.

Le 20. — T. A. : 12/6.

Examen de sang du 24 juin. : Gl. R. : 1.100.000. Hgl. : 27 0/0. Gl. B. : 3.600. Poly. : 54 0/0. Lympho. : 19 0/0. Petits mono. : 16 0/0 Grands mono. : 11 0/0.

Le 1<sup>er</sup> juillet, régime normal.

Le 2 juillet on pratique la réaction de Wassermann pour la 2<sup>e</sup> fois, faiblement positive, mais la réaction de Hecht est franchement positive (++).

En raison de ce Wassermann positif traitement de néo-salvarsan.

Dernier examen du sang le 10 juillet. — Gl. R. : 4.200.000 Hgl. : 68 0/0. Val. globul. : 0,53. Sortie le 18 juillet excellent état.

L'enfant né débile, devient athrepsique et mourut le 27 juillet à 18 jours.

## OBSERVATION N° 27

BECKMAN. — Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Déc. 21, p. 120. Observation V.

M. B. Prot. Na. 1259/1917. Malade, 38 ans. Entrée le 29 juin 1917.

Depuis 3 semaines, œdème des jambes, pâleur, fatigue, dyspnée, céphalée. 8 accouchements, dont 1 avortement à 2 mois. Le dernier accouchement en 1914.

Premières règles à 12 ans.

Dernières règles ? Premiers mouvements de l'enfant ?

Actuellement, pâleur très marquée. Œdème des extrémités inférieures. Pas de dyspnée essentielle. Pouls à 72. Premier bruit à la pointe du cœur pas net.

Urines : pas d'albumine.

15 minutes après son entrée, après un travail total de 2 h. 1/2, naissance d'un garçon de 2.400 gr., long. 48 cm.

4 juillet 1917. — Sans aucun autre changement, pouls devient petit et rapide (120).

Examen de sang. — Gl. R. : 954.000. Gl. B. : 5.330. Hgl. (Sahli) 15. Val. glob. : 0,8.

Anisocytose moyenne, légère poikilocytose, peu de polychromasie. Quelques normoblastes avec granulations basophiles. Pas de mégakaryoblastes.

Poly. : 82 0/0. Lympho. : 9,5 0/0. Grands mono. : 6 0/0. Eosino. : 1,5 0/0. Mastzellen. : 0,50 0/0. Plasmazellen : 0,5 0/0. Erythroblastes : 3/200 Gl. B.

10 juillet 1917. — Œdème presque complètement disparu. La malade quitte la clinique sur le conseil du médecin.

Examen de sang du 20 octobre 1920. — Etat normal : Gl. R. : 4.375.000. Gl. B. : 6.700. Hgl. (Sahli) : 60. Val. glob. : 0,6. Poly. : 66 0/0. Eosino. : 14 0/0. Grands mono. : 11 0/0. Lymphocytes : 8 0/0. Formes de transition : 1 0/0.

Anisocytose moyenne. Peu de macro et microcytes. Très légère poikilocytose. Pas de polychromatophilie, pas de globules rouges nucléés Ça et là un myélocyte neutrophile.

### OBSERVATION N° 28

ESCH. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Année 1917, p. 12. Cas VI. Suite de l'observation dans le Zentralblatt für gynäkologie 1921, p. 341.

Femme Sch... 28 ans. II. pare.

Admise le 3 avril 1914.

Dans sa jeunesse fut anémique. Autrement toujours bien portante. Règles irrégulières, de 4 à 6 jours, assez fortes.

I<sup>er</sup> accouchement normal.

Depuis mars 1914 œdème des jambes, épuisement, et depuis 14 jours pâleur croissante.

Etat. — Malade enceinte de 9 mois. Aspect jaune très pâle. Œdème des extrémités inférieures. Souffle systolique à la pointe du cœur.

Urines : traces d'albumine.

Dans la nuit qui suivit son admission, accouchement facile et rapide d'un enfant vivant pesant 2 kil. 410.

Perte de sang de 70 cm<sup>3</sup>.

Premiers jours suivants, petite élévation de température due à de la bronchite.

Pas d'aggravation de l'état général ni de l'aspect exté-

rieur. Mais couleur de la peau toujours très pâle, jaune paille, grande fatigue, et aussi augmentation notable du foie et de la rate. De plus, hémorragies nasales et hémorragies rétinienes.

Examen de sang du 11 avril (7<sup>e</sup> jour après l'accouchement). — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 1.992.000. Gl. B. : 5.800. Val. globul. : 0,6. Poikilocytose, anisocytose, quelques normoblastes, peu de mégaloblastes et de lymphocytes.

15 avril, aggravation de l'état général. — Hgl. : 9 0/0. Gl. R. : 1.090.000.

Les érythroblastes étaient devenus beaucoup plus nombreux. Quelques mégaloblastes, de plus urobilinurie.

Traitement :

Du 11 avril au 22 mai, 8 injections intramusculaires de sang humain défibrinisé. En tout 440 cm<sup>3</sup>.

Du 18 avril à fin mai, sans cause, petite élévation de la température entre 37°2 et 38°4.

Le 27 avril, examen de sang. — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 1.994.000.

Cependant dans première moitié de mai nouvelle chute des globules rouges à 1.156.000, causée apparemment par de nombreuses épistaxis.

Le nombre de leucocytes ne fut jamais au-dessous de 4.200.

Jamais de lymphocytose manifeste, peu de normoblastes et de mégaloblastes. La valeur globulaire évoluait jusqu'à mi-mai aux environs de 0,6 pour monter alors jusqu'à 1.

16 mai. — Examen de sang. — Hgl. : 25 0/0. Gl. R. : 1.156.000. Gl. B. : 4.200. Val. glob. : 1,14. Poikilocytose. Anisocytose. Quelques normoblastes.

14 jours après. — Hgl. : 21 0/0. Gl. R. : 1.330.000. Gl. B. : 3.000.

16 juin (2 mois 1/2 après l'accouchement), sortie de la malade. L'enfant, pesant 2.410 gr., atteint poids de naissance le 12<sup>e</sup> jour.

Examens :

15 juillet 1914 (1 mois après la sortie), bon état général, pas de fatigue. — Hgl. : 60 0/0. Gl. R. : 3.400.000. Gl. B. : 5.200. : Val. glob. : 0,88.

5 juillet 1915 (1 an après sa sortie). — Très bon état général : Hgl. : 70 0/0. Gl. R. : 3.712.000. Val. globul. : 0,9. Gl. B. : 6.200. L'examen de sang ne montre rien de particulier.

Juillet 1919. — Hgl. : 80 0/0. Gl. R. : 4.363.000. Gl. B. : 5.700. Val. globul. : 0,93.

#### OBSERVATION N° 29

JOUSSELIN. — Thèse, Paris 1914. (Service de Lepage, maternité de Boucicaut.)

Malade âgée de 27 ans. Ménagère. Entrée le 13 octobre 1913 pour albumine en grande quantité.

Dans les antécédents, rien de particulier. Règlée régulièrement depuis 10 ans 1/2. Pas de maladie dans son enfance. Mariée en 1909 à 23 ans. Mari bien portant.

Elle a déjà eu 2 grossesses, une en 1910 et l'autre en 1911. Son premier enfant est mort à 9 mois de méningite. Le second est bien portant.

La 3<sup>e</sup> grossesse est en cours. Dernières règles du 25 au 31 janvier 1913. Au 7<sup>e</sup> mois, elle est prise de faiblesses qui

vont en augmentant. Son médecin la soigne pour anémie.

A son entrée grande quantité d'albumine qui disparaît 2 jours plus tard. Fœtus vivant en O. I. G. A. Tête engagée. 16 octobre : accouchement d'un garçon vivant pesant 1.810 gr. Placenta 470 gr. Dans les jours suivants épistaxis abondantes. Traitement : adrénaline. Cacodylate de soude : serum hémopoïétique ; moelle osseuse.

Wassermann négatif. La malade est euphorique. Pâleur extrême. Dyspnée. Pouls 112. Diarrhée (jusqu'à 8 selles). Nausées.

27 et 28 octobre. — Délire. Douleurs dans la jambe gauche. Malade très abattue, dyspnéique. Pouls 116.

3 novembre. — La malade va mieux, se nourrit bien, mais toujours très pâle.

Du 10 au 20 novembre. — La malade va moins bien. Grand frisson puis température à 40°. Abattement. Nausées, éblouissements, dyspnée très marquée ; bouffissure de la face. L'albumine reparaît.

22 novembre. — Œdème du membre inférieur droit et douleur au mollet. L'examen des yeux montre à droite 5 points hémorragiques dans la région maculaire et péri-maculaire. Ces hémorragies ne présentent pas les caractères d'hémorragies brightiques.

Dans les jours qui suivent, la malade est très abattue, surtout peignée de la mort de son enfant. L'œdème du membre inférieur droit est plus accusé.

La circulation veineuse est plus développée. Douleur au niveau du mollet et le long des vaisseaux fémoraux. Hydarthrose. Diarrhée. Dyspnée. Puis ces symptômes s'amendent et disparaissent peu à peu.

7 décembre. — La malade va mieux. Elle se recoloré. Les suites sont bonnes : l'appétit est revenu. Elle quitte le service le 20 décembre en bonne santé. Revue le 18 jan-

vier 1914. Les réguments sont recolorés ; elle a augmenté de plusieurs kilogs. Pas de trace d'albumine.

Examens de sang :

14 octobre 1913. — Gl. R. : 3.250.000. Gl. Bl. : 3.900. Poly. : neutro. : 51 0/0. Poly Eosino. : 1/2. Poly. Baso. : 2. Lymphocytes : 1 1/2. Moyens Mono. : 13. Grands Mono. : 1 1/2. — Myélocytes à granulations : 5. Formes de transition neutrophiles : 2 1/2. Normoblastes : 12. Mégaloblastes : 3. Microblastes : 1/2. Anisocytose. Poikilocytose. Résistance globulaire. —  $H^1$  : 0,72.  $H^2$  : 0,54.  $H^3$  : 0,40.

21 octobre. — Gl. R. : 460.000. Gl. B. : 5.700. Poly neutro. : 50 0/0. Lymphocytes : 1/2. Moyens mono. : 10. Grands mono. : 6. Formes de passage neutrophiles : 7. Normoblastes : 10. Mégaloblastes : 4. Anisocytose. Poikilocytose. Polychromatophilie.

4 novembre. — Gl. R. : 1.970.000. Gl. B. : 6.100. Poly. neutro. : 49,5. Lymphocytes : 12. Moyens mono. : 6. Formes de passage neutro. : 12. Plasmazellen : 1,5. Normoblastes : 9,5. Mégaloblastes : 6. Anisocytose. Poikilocytose.

14 novembre. — Gl. R. : 1.000.000. Nombreuses plaquettes. Poly. neutro. : 68. Lymphocytes : 10. Moyens mono. : 8. Formes de passage neutro. : 4. Normoblastes : 3. Mégaloblastes : 1 1/2. Anisocytose. Poikilocytose.

18 novembre. — Gl. R. : 1.500.000 Gl. B. : 4.600. Nombreuses plaquettes. Poly. neutro. : 75. Lymphocytes : 7. Moyens mono : 9. Grands mono. : 4. Formes de passage neutrophiles : 2. Normoblastes : 3. Anisocytose. Poikilocytose.

Janvier 1914. — Gl. R. : 3.370.000. Gl. B. : 7.200. Poly. neutro. : 65. Poly. Eosino. : 2. Lymphocytes : 5.

Moyens mono. : 3. Grands mono. : 14. Normoblastes : 2.  
Mégalo blastes : 4. Microblastes : 2. Anisocytose.

### OBSERVATION N° 30

JUNGSMANN. — Munchener medizinische. Wochenschrift,  
1914, n° 8, p. 414. — Observation II.

Femme 29 ans. Tombe malade à fin de 5<sup>e</sup> grossesse.  
Rien dans les antécédents.

4 semaines environ avant son admission, début de la  
maladie par pâleur, fatigue, vertiges, nausées et vomisse-  
ments. Dans les derniers jours, température et œdème de  
tout le corps, si bien que son médecin pensait à une né-  
phrite.

Examen, 10 octobre 1913. — Peau extrêmement pâle.  
Visage cyanosé, œdème des membres.

Légère hypertrophie du cœur. Souffle systolique à la  
pointe. Gros souffle jugulaire.

Pouls fréquent et mou. Respiration gênée. Rate et foie  
normaux.

Le fond de l'utérus se trouve à 2 doigts au-dessous des  
côtes.

Urines : traces d'albumine, cylindres hyalins et gra-  
nuleux pas de sucre. Très somnolente, malade dort pres-  
que tout le temps.

Examen de sang. — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 1.220.000.  
Val. globul. : 0.9. Gl. B. : 10.400. Polynucléaires : 73 0/0.  
Lympho. : 22 0/0. Formes de transition : 4 0/0. Myélocy-  
tes : 0,5 0/0. Eosinophiles : 0,5 0/0. Globules rouges très  
pâles. Pas de macrocytes. Quelques cellules polychroma-  
tophiles, peu de plaquettes.

Sur 100 gl. blancs : 3 gl. rouges à noyaux (normoblastes).

Etat clinique stationnaire pendant quelques jours. De la digitale renforce le cœur.

Le 11 octobre. — Poly : 76,3 0/0. Lympho. : 21,7 0/0. Myélocytes : 0,3 0/0. Eosino. : 1,3 0/0. Sur 100 leucocytes. 2 normoblastes.

13 octobre. — Accouchement spontané sans grande perte de sang d'un enfant bien portant.

Immédiatement après l'accouchement, examen de sang. — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 1.200.000. Val. globul. : 0,9. Gl. B. : 20.200. Poly. : 76,3 0/0. Lymphocytes : 21 0/0. Formes de transition : 1,8. Eosino. : 0,9 0/0. Très légère polychromatophilie. Pas de macrocytes, pas de plaquettes. Sur 100 gl. blancs, 2 gl. à noyaux.

Dans les jours suivants, état général toujours mauvais. Les œdèmes augmentent, température s'élève, malade très abattue. Respiration fréquente et difficile. Pouls si faible qu'on dût, le 14, faire injection intraveineuse de sérum physiologique.

15 octobre. — Hgl. : 15 0/0. Gl. R. : 840.000. Val. globulaire : 0,89. Gl. B. : 14.000. Poly. : 81,7 0/0. Lymphocytes : 17,3. Formes de transition : 1. — 5 normoblastes pour 100 leucocytes. Polychromatophilie et poikilocytose évidente.

17 octobre. — Hgl. : 15 0/0. Gl. R. : 660.000. Val. globul. : 1,13. Gl. B. : 22.400. Poly. : 77 0/0. Lympho. : 15 0/0. Myélocytes : 5 0/0. F. de transition : 2,7 0/0. Eosinophiles : 0,3 0/0 ; sur 100 gl. bl. : 18 normoblastes et 1 mégalo-blaste. Très forte anisocytose et poikilocytose et polychromatophilie. Pas de plaquettes. Nombreux macrocytes.

18 octobre. — A partir de cette date, malade com-

mence à se remettre lentement. Elle a plus de force ; aspect meilleur, œdèmes diminuent. Pouls encore mou et fréquent, température toujours augmentée.

21 octobre. — Foie palpable sur 3 travers de doigts.

Rate : matité sur 14 cent. de large.

Dans les selles, pas de parasites, pas de sang.

Fond de l'œil normal.

22 octobre. — Hgl. : 21 0/0. Gl. R. : 805.000. Val. Globulaires : 1,3. Gl. B. : 17.600. Poly. : 84 0/0. Lymphocytes : 10,7 0/0. F. de transition : 3,7 0/0. Myélocytes : 1 0/0. Eosino. : 0,3 0/0. Mastzellen : 0,3 0/0. Sur 100 leucocytes, 17 normoblastes et 2 mégaloblastes.

Très forte Polychromatophilie. Anisocytose. Poikilocytose, beaucoup de macrocytes, pas de plaquettes.

23 octobre. — Hgl. 20 0/0. Gl. R. : 860.000. Val. glob. : 1,2. Gl. B. : 17.130. Poly. : 82,8 0/0. Lympho. : 14,2 0/0. Normoblastes : 6 0/0. Polychromatophilie. Anisocytose. Poikilocytose. Pas mal de plaquettes.

27 octobre. — Hgl. : 28 0/0. Gl. R. : 1.130.000. Val. globul. : 1,3. Gl. B. : 8.025. Poly. : 60 0/0. Lympho. : 28,5. F. de transition : 0,5 0/0. Eosino. : 3 0/0. Mastzellen : 0,5 0/0. Sur 100 leucocytes, 1 normoblaste.

30 octobre. — Hgl. : 28 0/0. Gl. R. : 1.395.000. Val. glob. : 1. Gl. B. : 5.500. Poly. : 71,2 0/0. Lympho. : 23,3. F. transition. : 2,1 0/0. Eosino. : 1,9 0/0. Mastzellen, 1,5 0/0. 1 globule rouge à noyau. Quelques cellules polychromatophiles.

31 octobre. — L'état général s'est tellement amélioré que la malade sur sa demande est renvoyée chez elle. Foie et rate encore légèrement hypertrophiés.

10 novembre. — Nouvel examen. Bien meilleur aspect.

Joues colorées, foie et rate normaux. Au cœur encore un léger souffle systolique.

Hgl. : 62 0/0. Gl. R. : 3.626.000. Val. globul. : 0,85. Gl. B. : 7.300. Poly. 73,5 0/0. Lympho. : 23 0/0. F. Transition : 1,5 0/0. Eosino. : 1 0/0. Mastzellen : 1 0/0.

Pas de déformations globulaires.

2 décembre. — Très bon état. Hgl. : 94 0/0. Gl. R. : 4.560.000. Gl. B. : 8.400. Sang normal.

### OBSERVATION N° 31

JUNGSMANN. — Munchener medizinische Wochenschrift.  
Année 1914, n° 8, p. 414.

#### Observ. I.

Femme de 40 ans, toujours bien portante. VII pare. Les 6 premières grossesses normales, 2° enfant mourut à 1 an, les autres bien portants.

Entrée le 23 juillet 1913. A la fin du 8° mois de grossesse. Depuis 2 mois, grande fatigue. Il y a 3 semaines, douleurs dans le dos puis dans les genoux. Hémorragies. Elle dut s'aliter. L'état s'aggrave rapidement. Elle devint très faible, teinte jaune, oppression, douleurs à l'estomac sans vomissements. Selles normales.

Etat actuel : femme de petite taille. Cyphoscoliose. Peau très pâle, jaune verdâtre. Sclérotique ictérique. Grosses varices aux jambes et léger œdème.

Dyspnée au repos. Matité du cœur un peu augmentée. Premier bruit à la pointe pas net, examen de l'abdomen difficile à cause de l'utérus. Cependant foie semble hyper-

trophié. Matité de la rate : 15 cm. Région de l'estomac douloureuse à palpation.

Urines : trace d'albumine, pas de sucre, urobilinurie.

Selles normales sans parasites.

Système nerveux normal.

Fond de l'œil très pâle. Pas d'hémorragies.

Examen du sang. — Hgl. : 38 0/0. Gl. R. : 1.200.000. Val globul. : 1,6. Gl. B. : 11.560. Poly. : 58,6 0/0. Myélocytes : 10,9 0/0. F. de transition : 8,1 0/0. Lymphocytes : 22,2. Sur 100 leucocytes : 11 mégaloblastes et 85 normoblastes.

Dans 1 mm<sup>3</sup> 11.900 globules rouges nucléés.

Grande polycromatophilie. Anisocytose. Poïkilocytose.

De grands erythrocytes. Pas de plaquettes.

Le 25 juillet. — Accouchement spontané sans grande perte de sang. Enfant vigoureux 2.900 gr.

Le lendemain état grave de cette femme s'était déjà amélioré, grande fatigue mais apathie moindre, aspect meilleur, respiration bonne, pouls tranquille. Foie à 3 travers de doigts au dessous des côtes. Rate palpable, 3 doigts de large, assez dure.

Suites de couches sans incident. Etat s'améliora très rapidement comme le montrent les examens de sang.

26 juillet. — Gl. R. : 2.380.000. Gl. B. : 8.000. Poly. : 60,9 0/0. Lympho. : 29,4 0/0. Mono. : 3,7 0/0. Myélocytes : 5,8 0/0. Anisocytose et poïkilocytose toujours très forte.

Gl. rouges polychromatophiles plus rares. Sur 100 leucocytes : Mégaloblastes 11, Normoblastes 93. Pas de plaquettes.

28 juillet. — Poly. : 73,3 0/0. Lympho. : 17 0/0. F. de

transition : 2,7 0/0. Myélocytes : 2 0/0. Eosino. : 0,7 0/0. Mastzellen : 0,3 0/0.

Sur 100 leucocytes : Mégaloblastes 2. Normoblastes 71.

Légère anisocytose, poikilocytose et polychromatophilie. Pas de plaquettes.

29 juillet. — Gl. R. : 2.670.000. Hgl. : 45 0/0. Val. globul. : 0,9. Gl. B. : 7.100. Poly. : 69,7 0/0. Lympho. : 21,6 0/0. F. de transition : 6 0/0. Myélocytes : 2,7 0/0.

Variété plus restreinte des globules rouges.

Encore une certaine polychromatophilie. Sur 100 leucocytes : 1 mégaloblastes, 44 normoblastes.

2 août. — Gl. R. : 2.800.000. Hgl. : 46 0/0. Val. globul. : 0,8. Gl. B. : 7.100. Poly. : 75 0/0. Lymphocytes : 20,5 0/0. Myélocytes : 1,5 0/0. F. de transition : 2,75 0/0. Mastzellen : 0,2 0/0. Quelques cellules polychromatophiles. Sur 100 leucocytes : 1 mégaloblaste, 10 normoblastes.

Beaucoup de plaquettes.

Malade sortit ce jour-là avec son enfant. Peau encore un peu pâle, mais teinté ictérique disparue. Foie et rate plus petits, urines claires sans albumine ni sucre, ni urobiline.

6 août. — Gl. R. : 2.630.000. Hgl. : 47 0/0. Val. globul. : 0,9. Gl. B. : 6.300. Poly. : 74,7 0/0. Lympho. : 17 0/0. F. de transition : 7 0/0. Eosino. : 0,3 0/0. Mastzellen : 1 0/0. Gl. rouges normaux. Sur 100 leucocytes : 3 normoblastes, 0 mégaloblastes.

24 septembre. — Gl. R. : 4.630.000. Hgl. : 81 0/0. Val. globul. : 0,88 0/0. Gl. B. : 6.100. Poly. : 70 0/0. Lymphocytes : 26 0/0. F. de transition : 3,5 0/0. Eosino. : 0,25 0/0. Mastzellen : 0,25 0/0. Sang normal.

Globules rouges normaux. Plus de globules à noyaux.

Femme a le visage coloré. Foie : grosseur normale.  
Rate : non palpable.

18 décembre 1913. — Femme bien portante, accomplit travail quotidien. Examen de sang : Hgl. : 82 0/0. Gl. R. : 4.800.000. Val. globul. : 0,86

### OBSERVATION N° 32

SAUVAGE ET VINCENT. — Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Année 1913, p. 156.

M. B... 27 ans, fille d'un alcoolique avéré et d'une femme morte albuminurique. Rien dans les antécédents personnels de la malade jusqu'à la 1<sup>re</sup> grossesse. Accouchement au forceps avril 1905. Enfant vivant, mourut à 3 ans 1/2 de méningite ? Allaitement interrompu en raison de troubles généraux de la mère.

2<sup>e</sup> grossesse. — Accouchement prématuré au 7<sup>e</sup> mois (3 août 1907). Expulsion d'un enfant qui mourut pendant le travail.

En 1909, douleurs articulaires durant 6 mois.

Changement du procréateur à dater du 29 décembre 1909.

1 mois après ictère durant 6 semaines. En janvier 1911 nouvel ictère durant 3 semaines.

La malade est alors fertilisée pour la 3<sup>e</sup> fois, dernières règles du 15 au 23 juin 1911.

Premières semaines : vomissements, syncopes.

Entre à la maternité de la Pitié dans le service de M. Potocki le 27 novembre 1911, car depuis 8 jours présente un écoulement sanguin avec douleurs abdominales. On craint avortement.

30 novembre, douleurs dans région hépatique avec irradiations dans épaule droite, présentant quelques paroxysmes pendant les 48 premières heures. Température entre 37 et 37°8. Accidents du côté de l'utérus disparus.

Le 6 décembre ictère, urines acajou, matières fortement colorées. Région cystique très douloureuse. On sent la vésicule.

A partir du 12 décembre, ictère s'efface et fait place à coloration blanc verdâtre qui fait penser à l'anémie pernicieuse. L'examen de sang vérifie le diagnostic : Gl. rouges 800.000.

Pendant 2 mois, la malade reste dans le service conservant teinte cadavérique, perte absolue des forces, dyspnée au moindre effort, céphalée, diminution dans la netteté de la vision, vertiges, photophobie.

Le 8 janvier 1912 œdème blanc à la face dorsale des pieds puis à la partie inférieure des jambes. Disparaît au bout d'une semaine.

En janvier poussée d'ictère léger durant 5 jours.

Examen général montre présence d'une leucomélano-dermie très nette autour du cou. Au cœur, souffle systolique léger et localisé au foyer aortique ; souffle cataire aux jugulaires.

Température rectale, d'abord entre 37 et 37°8 jusqu'au 15 janvier, reste ensuite définitivement entre 36°8 37°3. Dissociation entre température et pouls qui est accéléré, entre 80 et 100 jusqu'au 17 décembre puis 100 et 120.

Pression artérielle prise tous les jours, a toujours oscillé entre 12 et 14 au Potain.

Respiration entre 20 et 26.

Examen du fond de l'œil : papille un peu pâle et légè-

ment floue ; autour de la papille, quelques points d'hémorragie minimes, pas de dépôts blancs. Pendant toute cette période, l'utérus s'est développé d'abord lentement et régulièrement puis d'une façon exagérée par production de liquide amniotique en excès. Les bruits du cœur fœtal sont entendus.

Traitement : régime lacté puis lacto végétarien, puis viandes blanches et jus de viande, cacodylate de soude. Hématol.

M. Potocki déconseille l'interruption de la gestation, car depuis dernière quinzaine de janvier il se produit une amélioration évidente. Malade quitte même son lit. Sort de la maternité le 9 février 1912.

Rentre dans le service le 20 mars très abattue, frissons, pouls à 126, perdant du sang depuis 2 jours. Bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

Accouchement le 26 mars à 4 h. 30 d'un fœtus macéré pesant 3.150 gr. Placenta pesant 720 gr.

Suits de couches. Température entre 37° et 38°. Pouls entre 90 et 100. Amélioration se produit avec rapidité surprenante et 4 avril malade rentre chez elle.

8 jours après phlegmatia alba dolens. Séjour de 2 mois au lit.

Revue le 28 janvier 1913. Présente une teinte blafarde des téguments. Rate, foie, cœur normaux. Revue pour la dernière fois le 7 février 1913. La pâleur anémique était beaucoup moins accentuée. Les forces étaient revenues.

Examens hématologiques :

— 15 décembre 1911 : G. R. : 800.000. Gl. Blancs : 30.000.

Anisocytose, poikilocytose, gl. granuleux et nucléés en grand nombre. — Poly. : 76 0/0. Grands mcn. : 3 0/0.

Moyens et petits mono. : 7 0/0. Eosino. : 3 0/0. Hématies nucléées 5.

— 18 décembre 1911. — G. R. : 930.000. G. B. : 32.000.

Hgl. : 15 0/0 (Gowers). Val. globul. : 0,7.

Résistance globul. —  $H^1=52$ ,  $H^2=48$ ,  $H^3=44$

Mêmes caractères morphologiques qu'à l'examen précédent.

Caractères de la coagulation : formation rapide du caillot ; sérum jaune rougeâtre et légèrement lactescent. Urobiline et traces de pigments biliaires dans le serum. Cholestérine : 2 gr.50 au litre de sang total.

— 21 décembre 1911 : Gl. R. : 932.000. Gl. B. : 40.000.

Anisocytose très marquée, poïkilocytose peu accentuée, pas de polychromatophilie. Présence d'hématies nucléées et de myélocytes.

Hgl. : 25 0/0. Val. glob. : 0,75.

Urobiline dans le serum, pas de pigments biliaires.

— 25 décembre 1911. — Gl. R. : 852.000. Hgl. : 25 0/0.

— 27 décembre 1911. — G. R. : 888.000. Gl. B. : 15.200.

Anisocytose + + + +. Polychromatophilie + +. Poïkilocytose +. Poly. : 7 8 0/0. Eosino. : 1,4 0/0. Basophile. : 0,8 0/0. Myélocytes : 3 0/0. Moyens mono. : 8 0/0. Petits mono. : 6 0/0. F. de transition : 3 0/0. Hgl. : 15 0/0. Val. globul. : 0,83.

— 29 décembre 1911. — Gl. R. : 1.068.000. Gl. B. : 11.600. Hgl. : 20 0/0 — V. G. : 0,93.

— 2 janvier 1912. — Gl. R. : 928.000. Hgl. : 15 0/0.

— 4 janvier 1912. — Gl. R. : 1.076.000. Gl. B. : 31.600. Hgl. : 20 0/0.

— 6 janvier 1912. — Gl. R. : 1.060.000. Gl. B. : 32.500. Globulins : 605.000. Poly. : 75,7 0/0. Eosino. : 4,3 0/0. Myé-

locytes : 2 0/0. Mono. : 18 0/0. Lympho. : 12,9 0/0. Hématies nucléées : 4/100 leucocytes.

— 9 janvier 1912. — Gl. R. : 750.000. Gl. B. : 20.000. Hgl. : 20 0/0.

— 13 janvier 1912 : Gl. R. : 712.000. Gl. B. : 20.000. Hgl. : 20 0/0. Polychromatophilie + + + +, anisocytose + + +, poïkilocytose + Poly. : 85,33 0/0. Eosino. : 1,33 0/0. F. de transition : 2 0/0. Myélocytes : 3 0/0. Mono. : 6 0/0. Lympho. : 2,33 0/0.

Hématies nucléées : pour 300 leucocytes on trouve 4 mégaloblastes, 2 normoblastes, 2 microblastes.

— 17 janvier 1912. — Gl. R. : 684.000. Gl. B. : 16.400. Hgl. : 25 0/0.

— 30 janvier 1912. — Gl. R. : 826.000. Gl. B. : 21.200. Hgl. : 25 à 30 0/0. Poly. : 85,4 0/0. Eosino. : 2,3 0/0. Myélocytes : 1,6 0/0. Mono. : 6 0/0. Lympho. : 4 0/0.

Pour 500 leucocytes, 5 hématies nucléées (3 mégalo et 2 normoblastes.)

— 16 mars 1912. — Gl. R. : 720.000. Gl. B. : 16.200. Hgl. : 40 0/0. Poly. : 88 0/0. Eosino. : 1,5. Myélocytes : 2 0/0. F. transition : 1 0/0. Mono. : 5 0/0. Lymphocytes : 2,50.

Pour 200 leucocytes, 1 hématie nucléée.

— 28 mars 1912. — Gl. R. : 1.152.000. Gl. B. : 12.000. Hgl. : 45 0/0.

1<sup>er</sup> avril 1912. — Gl. R. : 3.084.000. Gl. B. : 11.600. Hgl. : 55 0/0 (Tallquist). Poly. : 80 0/0. Eosino. : 1,66 0/0. F. de transition : 3 0/0. Myélocytes : 3 0/0. Mono. : 8,33 p. 100. Lympho. : 4 0/0.

Pour 100 leucocytes, 4 hématies nucléées (normoblastes : 1,66, mégalob. : 2,33).

Morphologie des globules rouges : anisocytose à peu

près disparue. Polychromatophilie et poikilocytose très diminuées.

— 28 janvier 1913. — Gl. R. : 2.800.000. Hgl. : 70 0/0.  
Gl. B. : 8.500. Val. globul. : 1.

Légère poikilocytose et anisocytose peu appréciable.  
Pas d'hématies granuleuses.

Polyn. : 55 0/0. Lympho. : 41 0/0. Mono. : 3,5 0/0.  
Eosino. : 0,5 0/0.

Pour 100 leucocytes 1 hématie nucléée normoblaste et 1 myélocyte neutrophile.

— 7 février 1913. — Globules rouges : 5.600.000 — 6.000.000.

G. B. : 8.500. Hgl. : 75 0/0.

Wassermann fortement positif à 2 examens faits le 23 décembre 1911 et le 28 janvier 1912. Le sang du mari donnait également au 28 janvier réaction franchement positive.

L'examen des matières fécales a été fait à 3 reprises différentes. Aucune constatation de parasites intestinaux.

### OBSERVATION N° 33

ESCH. — Zeitschrift für Geburtshilfe und gynäkologie.  
Année 1917, p. 7.

(Suite de l'observation dans le Zentralblatt für gynäkologie 1921, p. 341. Cas III.)

Femme X..., 28 ans. IV pare. Entrée : le 10 juillet 1911.

Pas d'antécédents héréditaires.

Jeune fille, déjà anémiée. Cette anémie n'apparut réel-

lement qu'après le dernier accouchement en 1910. A cette époque elle perdit beaucoup de sang et on lui fit une délivrance manuelle. Depuis règles régulières, mais peu fortes.

Pendant sa grossesse actuelle, elle souffrit souvent de faiblesses. Dans les derniers temps, pâleur accentuée. Ne vint du reste pas à la clinique pour sa pâleur, mais parce qu'elle avait perdu la veille une tasse pleine de sang.

Etat. — Gravidité de 9 mois. Placenta proevia. Visage de la malade pâle avec reflet jaune paille. Faible œdème des malléoles, souffle anémique au cœur. Pouls accéléré. Rate percevable et palpable, hypertrophiée.

Examen de sang. — Hgl. : 18 0/0. Gl. R. : 600.000. Val. globul. : 1.5. Gl. B. : 5.000 dont 60 0/0 de lymphocytes.

L'examen montre en plus une faible poikilocytose et anisocytose, pas de globules nucléés.

Traitement. — Les 20, 25, 29 juillet et le 4 août, 1 injection intra-musculaire de sang humain défibriné. En tout 190 cm<sup>3</sup>.

Le 25 juillet surprenante leucopénie, 2.600 leucocytes. D'autre part la lymphocytose régressait.

Accouchement : le 7 août (4 semaines après l'admission). Ecoulement de sang de 20 cm<sup>3</sup>.

Placenta proevia total. Dilatation du col par ballon. Manœuvre de Braxton-Hicks. La malade perdit peu de sang. Cependant le pouls devint petit et intermittent.

Après l'accouchement d'un enfant mort, grande perte de sang, délivrance manuelle

Après l'accouchement, l'examen de sang montre : Hgl. : 14 0/0. Gl. R. : 580.000. Val. globul. : 1,4. Gl. B. : 2.400. Poikilocytose et Anisocytose modérée.

Etat général mauvais.

Après 2 injections intramusculaires de sang, changement dans l'état du sang : augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges et surtout des globules blancs.

Examen du 21 août (14<sup>e</sup> jour après l'accouchement). — Hgl. : 23 0/0. Gl. R. : 1.700.000. Val. globul. : 0,7. Gl. B. : 9.200. Poikilocytose et anisocytose moyenne.

Pas de polychromatophilie ; pas de granulations basophiles ; pas d'érythroblastes.

Parmi les globules blancs de nombreuses grosses cellules à noyaux.

Transfusion de 250 cm<sup>3</sup> de sang défibriné dans la veine cubitale. Cure d'arsenic.

14 septembre 1911 (37. jours après l'accouchement. — Hgl. : 66 0/0. Gl. R. : 4.920.000. Val. globul. : 0,7. Gl. B. : 4.700.

Composition du sang normale.

La malade sort de l'hôpital.

30 janvier 1914 (28 mois 1/2 après la sortie). — Visage coloré normalement. Etat général satisfaisant.

Hgl. : 67 0/0. Gl. R. : 5.512.000. Val. globul. : 0,6. Gl. B. : 6.400. Composition du sang normale.

4 août 1915 (4 ans après la sortie). — Très bon état général.

Juillet 1919. — Hgl. 70 0/0. Gl. R. : 4.300.000. Gl. B. : 7.500. Val. globul. : 0.81.

#### OBSERVATION N° 34

ESCH. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.  
année 1917. T. 79, p. 4. Cas I.

(Suite de l'observation dans le Zentralblatt für gynäkologie 1921, p. 341.)

Femme Cl..., 30 ans. Entrée : le 18 juin 1911. Pas d'antécédents héréditaires. Règles régulières, sans perte de sang trop abondante.

1<sup>er</sup> accouchement en 1909 normal. La grossesse actuelle commença très normalement; dans la 2<sup>e</sup> moitié apparurent fatigue, langueur, pâleur croissante.

A son entrée : femme de moyenne taille au 9<sup>e</sup> mois de grossesse. Peau jaune cireuse, sèche.

Muqueuses décolorées. Pannicule graisseux bon, mais muscles mous sans tonicité. Œdème des membres inférieurs.

Urine : sans albumine.

Organes utérins sans particularité.

Rate palpable.

L'accouchement se fit le 19 juin (1 jour après l'admission), en un peu plus de 2 heures, mais douleurs très faibles. Perte de sang de 200 cm<sup>3</sup> environ.

Suite de couches. — Nausées, éructations, vomissements, dyspnée. La température monte progressivement de jour en jour : les 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> jours après l'accouchement, 40° (rectale). Puis baisse, et à partir du 13<sup>e</sup> jour resta normale, sauf un peu de fièvre à la suite d'une mastite.

Ni l'examen interne, ni le résultat bactériologique des lochies ne permirent de conclure à une infection puerpérale.

On conclut à une anémie grave.

Etat du sang 7 jours après l'accouchement. — Hgl. : 22 0/0. Gl. R. : 488.000.

Val. globul. : 2,3. Gl. B. : 2.700 dont la moitié de lymphocytes.

Poikilocytose marquée, chromatophilie. Beaucoup de globules rouges à noyaux, mégalo blastes et giganto blastes.

Traitement. — 5 injections de 25 à 70 cm<sup>3</sup> de sang humain défibriné à 4 jours d'intervalle. En tout 229 cm<sup>3</sup>.

Dès la 1<sup>re</sup> injection, amélioration notable, 7 jours après la 1<sup>re</sup> (4 jours après la 2<sup>e</sup>), examen de sang.

Hgl. : 35 0/0. Gl. R. : 760.000. Dans les jours suivants l'examen de sang est caractérisé par beaucoup de normoblastes, augmentation notable des lymphocytes.

Sortie : 25 juillet 1911, c.-à-d. 5 semaines après l'accouchement avec :

Hémoglobine 61 0/00

Image du sang normale.

L'enfant est né vivant, pesant 2 kg. 300, taille 44 cm. La mère l'a nourri dès le début.

Au 18<sup>e</sup> jour l'enfant atteint le poids de naissance.

A partir du 22<sup>e</sup> jour on lui donne du lait d'ânesse. Même lait tant qu'il reste à l'hôpital. Il fut nourri ensuite artificiellement.

L'enfant mourut à 9 mois de diarrhée verte.

La malade fut suivie, et différents examens de sang furent faits :

Le 24 août 1911 (1 mois après sa sortie). — Hgl. : 75 0/0. Gl. R. : 3.500.000. Val. globul. : 1,1. Sang normal.

22 janvier 1914 (2 ans 1/2 après sa sortie). (Dans l'intervalle bonne santé, règles normales). — Hgl. : 75 0/0. Gl. R. : 4.816.000. Val. globul. : 0,8. Gl. B. : 8.000. Poly. : 68 0/0. Petits lymphocytes : 22 0/0. Grands lymphocytes : 8 0/0. Pas de poikilocytose ni d'erythroblastes.

5 juin 1915 (4 ans après). — Malgré soucis et préoccupations, état général bon. Hgl. : 75 0/0. Gl. Rouges :

4.900.000. Val. globul. : 0,77. Gl. B. : 6.000. Composition du sang normale.

Juillet 1919. — Entre temps la malade a eu en 1918 grossesse et accouchement normaux sans aucune anémie. Hgl. : 75 0/0. Gl. R. : 4.532.000. Gl. B. : 6.700. Val. globulaire : 0,83.

### OBSERVATION N° 35

GUROWITSCH. — Thèse Zurich 1912. — Observation 7, p. 28.

Femme H..., 38 ans. Ménagère.

Vient un jour à la consultation pour quelques douleurs dans les pieds. Elle ne parle pas d'une grossesse débutante. Un peu d'aspirine la guérit.

14 jours avant son accouchement on est frappé par son anémie : très pâle, langue saburrale, abattement considérable.

Cœur : on a la sensation d'une endocardite, un souffle partout.

Dyspnée considérable. — Hgl. : 20 0/0.

Traitement : repos, diète, fer, pas d'arsenic à cause d'une diarrhée que la malade présente.

L'accouchement a lieu. Aussitôt après la dyspnée est calmée par de la digitale.

Température : 37°4. Etat très somnolent, pas de tumeur de la rate. Depuis 3 jours on lui donne du fer et de l'arsenic qu'elle supporte.

Au commencement de sa grossesse elle ne présentait ni abattement ni fatigue ni vomissements.

La pâleur alla en s'accroissant avec la gravidité. Pour

ses autres accouchements elle n'avait présenté de la pâleur que pendant le post partum.

C'est son 6<sup>e</sup> enfant en 12 ans.

Etat au 2 octobre 1911 : Couleur jaune paille. Dyspnée. Pouls 108.

Conjonctives décolorées, lèvres et palais excessivement pâles. Bourdonnement d'oreille.

Cœur : limites normales. Choc de la pointe. Souffle systolique entendu d'une façon moyenne à la pointe, et très fortement au foyer pulmonaire.

Ventre ballonné, mou, insensible. L'utérus est remis en place.

Foie et rate non palpable. Un peu d'œdème de la cheville et de la jambe.

Examen de sang. — Gl. R. : 763.000. Gl. B. : 13.960. Hgl. : 18 0/0. Beaucoup de mégaloctes et de globules rouges polychromatiques.

Sur 300 cellules à noyaux on note : 2 1/3 de petits myélocytes, beaucoup de métamyélocytes.

3 0/0 de normoblastes.

1 1/3 0/0 de mégaloblastes.

Poly. : 75 0/5. Eosino. : 1 0/0. Lympho. : 9,6 0/0. F. de transition : 7,3 0/0. Mastzellen : 0,3 0/0.

7 décembre. — La malade ne présente plus qu'une légère fatigue. Elle a repris son travail.

Comme traitement elle n'a pris dans les 14 derniers jours, qu'irrégulièrement son arsenic.

Il y a 14 jours, son hémoglobine était à 35 0/0. Actuellement elle est de 40 0/0.

Dans les 14 premiers jours qui suivirent cet examen, la malade resta somnolente et très fatiguée, puis il y eut une nouvelle amélioration.

En février 1912 son état était bon.  
Hémoglobine 45 0/0.

### OBSERVATION N° 36

BAUEREISEN. — Zentralblatt für Gynäkologie, n° 33,  
p. 1180, Août 1911.

II pare. Soignée antérieurement et à plusieurs reprises dans des maisons de santé pour anémie.

Accouchement après pubiotomie à cause d'un rétrécissement du bassin.

Hémorragie notable pendant l'accouchement.

Pâleur extrême des téguments et des muqueuses.

Globules rouges : 1.600.000. Hémoglobine 25 0/0.

Altération globulaire considérable.

Il fallait rechercher attentivement pour trouver quelques globules sains.

Nombreux mégaloblastes.

Pas de microblastés.

Après aggravation dans les premiers jours qui suivirent les couches, on commence un traitement par injections intra-musculaires de 5 à 10 cc de sang faites quotidiennement. En tout 7 injections. Amélioration frappante de l'état général dès les premières injections, mais ce ne fut qu'après 10 semaines qu'une amélioration se montra dans les examens de sang.

Globules rouges : 3.000.000.

Hémoglobine : 40 0/0.

Présence de globules nucléés, mais pas de mégalo-blastes.

L'enfant était né sans aucun signe d'anémie, et il se développe normalement.

### OBSERVATION N° 37

TCHERTKOFF. — Thèse de Paris 1912, p. 78.

Louise V... 40 ans, entre le 19 juillet 1910 dans un service de maternité, et accouche le 21 juillet d'un enfant bien portant. Poids 3.150 gr. Accouchement normal sans hémorragie.

Dès l'entrée de cette femme à la Maternité, on est frappé de son aspect particulier : extrêmement pâle, un peu d'œdème au dos des pieds et autour des chevilles.

Urines : un peu d'albumine.

Température normale.

Dans les jours qui suivent l'aspect extérieur ne se modifie pas, l'œdème persiste. Albumine disparaît Anorexie et faiblesse générale s'accroissent. Température 2 jours après l'accouchement 38°, monte à 39° puis se maintient pendant 8 jours à 38°, revient enfin à la normale.

Le 4 août, c.-à-d. 14 jours après son accouchement, on constate :

Pâleur cireuse, muqueuses décolorées, œdème considérable du dos des 2 pieds.

Au niveau des membres inférieurs quelques taches purpuriques de la dimension d'une lentille. Ni épistaxis ni hémorragie gingivale.

Cœur accéléré : souffle asystolique assez intense au niveau de l'orifice aortique.

Frémissement cataire et bruit de rouet au niveau des jugulaires. Pas d'hypertension.

Rate : grosse, dépasse de 3 travers de doigt le rebord costal ; consistance dure à la palpation.

Foie : dépasse de 2 travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes. Mou, non douloureux.

Urines : ni albumine, ni urobiline, ni sucre.

Anorexie absolue, de temps à autre vomissements, diarrhée, asthénie considérable.

Examen de sang : Gl. R. : 1.325.000. Gl. B. : 8.000. Val. Globul. : 1,1. Poly. : 72,2 0/0. Eosino. : 0,5 0/0. Lymphocytes : 4,4 0/0. Mono. : 18,5 0/0. Myélocytes : 0,9 0/0. Basophiles : 0,3. Gl. r. nucléés : 3,2 0/0.

Normoblastes, mégalo blastes, figures de caryocinèse nombreuses. Résistance globul. normale. Hématies granuleuses 25 0/0. Coagulation du sang normale. Rétraction de caillot très accentuée.

Les premiers symptômes avaient débuté 3 semaines avant l'accouchement. A noter cependant que la malade se sentait fatiguée depuis plus longtemps.

Cette femme avait déjà eu 6 grossesses normales et menées à terme. De l'âge de 16 ans à 21 ans, elle avait été anémique et souvent dans un état d'asthénie très marquée. Les troubles disparurent avec la première grossesse.

Traitement : cacodylate de soude 0,05 en injections. Alimentation : œufs, bouillies, viande crue.

Très rapidement amélioration de la malade, la diarrhée ne se montre plus que par intermittence, œdème disparaît.

18 août 1910. — Gl. R. : 1.825.000. Gl. B. : 8.000. Val.

globul. : 1,05. Poly. : 58 0/0. Eosino. : 6,6 0/0. Lymphocytes : 4,2 0/0. Mono. : 24,5 0/0.

25 août. — Gl. R. : 2.075.000. Gl. B. : 6.000. Val. glob. : 1,1. Pâleur moins accentuée. Appétit bon, selles normales.

30 août. — Nouvelle série de cacodylate.

4 septembre. — Œdème des pieds reparaît ; la malade se sent plus fatiguée.

10 septembre. — Œdème disparaît de nouveau.

13 septembre. — Gl. R. : 2.800.000. Gl. B. : 8.000. Val. globul. : 1. Poly. : 67 0/0. Eosino. : 2,2 0/0. Lymphocytes : 8,2 0/0. Mono. : 24 0/0. Mastzellen : 0,7 0/0. Myélocytes : 0,3 0/0. L'état général s'améliore rapidement. Poly. : 61 0/0. Eosino. : 5 0/0. Lymphocytes : 5,7 0/0. Mono. : 26,6 0/0. Myélocytes : 0,6 0/0. Basophiles : 0,3 0/0. Hématies nucléées : 0,6 0/0.

4 octobre. — Gl. R. : 2.150.000. Gl. B. : 6.000. Val. globul. : 1,3. Poly. : 64,9 0/0. Eosino. : 0,9 0/0. Lympho. : 3,9 0/0. Mono. : 30 0/0. Hématies nucléées : 0,2 0/0.

10 octobre. — Gl. R. : 4.275.000. Gl. B. : 5.000. Val. globul. : 0,8. Poly. : 55 0/0. Eosino. : 2 0/0. Lympho. : 5,4 0/0. Mono. : 37,1 0/0. Mastzellen : 0,3 0/0.

21 octobre 1910. — Gl. R. : 4.875.000. Gl. B. : 5.000. Val. globul. : 0,7. Poly. : 59,7 0/0. Eosino. : 2 0/0. Lymphocytes : 5,6 0/0. Mono. : 3,2 0/0.

Sort de l'hôpital le 25 octobre, parfaitement rétablie. Poids de 42 kg. 850 en septembre et de 51 kg 200 à la sortie. Le souffle cardiaque a disparu. La rate n'est plus palpable.

## OBSERVATION N° 38

JOUSSEWITCH. — Thèse Genève, n° 326 (1911).

Observation n° II.

Mme M., 30 ans. Entrée à la Maternité le 11 juin 1910.

IV pare.

Antécédents : typhoïde à 8 ans. Depuis, la malade est restée toujours faible et anémique.

En 1908, elle accouche de 2 jumeaux prématurés âgés de 6 mois 1/2.

En 1909, 6 mai, fausse couche de 1 mois 1/2 avec forte hémorragie.

En 1909, octobre, nouvel avortement à 3 mois.

Grossesse actuelle : dernières règles le 10 septembre. Vomissements fréquents, diarrhée, anémie très forte pendant toute la grossesse. Les jambes sont légèrement oedématisées les 2 dernières semaines. Aggravation de l'état général jusqu'à l'accouchement qui a lieu le 16 juin.

Examen général :

Cœur : roulement et souffle diastolique localisé à la pointe.

Poumons : normaux.

Urine : 0 gr. 50 albumine par litre.

Examen de sang du 14 juin 1910 : Hgl. 28 0/0. Gl. R. : 1.450.000. Gl. B. : 13.700. Poly. : 82,3 0/0. Eosino. : 0,9 0/0. Mono. : 16,8 0/0. Grands mono. : 5,6 0/0. Lymphocytes : 10,9 0/0. Myélocytes : 0,3 0/0. Mégakaryoblastes : 4/500 gl. blancs. Normoblastes : 11/500 gl. blancs. Noyaux libres : 2/500 gl. blancs.

Anisocytose, poikilocytose, dégénérescence cyanophile des gl. rouges.

Conclusion : Anémie grave.

Examen de sang du 22 juin 1910. — Hgl. : 35 0/0. Gl. R. : 1.572.000. Gl. B. : 18.800. Poly. : 82,5 0/0. Eosino. : 0,6 0/0. Basophiles : 0,2 0/0. Grands mono. : 3,4 0/0. Lymphocytes : 7 0/0. F. transition : 2 0/0. Myélocytes : 4,2 0/0. Normoblastes : 80/500. Mégalo blastes : 7/500.

Examen de sang du 30 juin 1910. — Hgl. : 60 0/0. Gl. R. : 2.850.000. Gl. B. : 7.000.

Accouchement le 16 juin : Expulsion de 2 jumeaux vivants. Forte hémorragie pendant la délivrance une autre 8 jours après l'accouchement.

Traitement : 12 injections de cacodylate de soude à 0,05 et 2 injections d'Hémoplasie Lumière.

La malade sort de la Maternité très améliorée : Plus de vertiges, pas de vomissements, appétit bon, joues roses.

### OBSERVATION N° 39

AUDEBERT (Thèse Magnes-Toulouse, 1909-10).

Frédérine X.... 26 ans, couturière, entre le 12 janvier 1910 dans le service du Professeur Audebert.

Antécédents héréditaires : rien.

Antécédents personnels : premières règles à 14 ans, irrégulières comme époque, durée moyenne de 3 à 4 jours. A 13 ans, pneumonie. Depuis, état général excellent. Pas de signes de chlorose ni d'anémie.

2 grossesses antérieures sans incident sérieux. La première s'est terminée par un forceps pour inertie utérine, la deuxième par un accouchement spontané. Elles ont

abouti à la naissance de 2 garçons. Le 1<sup>er</sup> est mort à 18 mois d'accident. Le 2<sup>e</sup> est bien portant.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 14 au 19 mars 1909.

Dans les premiers mois anorexie, vomissements bilieux survenant le matin à jeun. Ptyalisme. Céphalées fréquentes. Pas de pollakiurie.

Depuis le début de la gestation pâleur de la femme et un état de faiblesse qui n'existait pas dans les précédentes grossesses. Aggravation des symptômes vers la fin décembre et la malade est obligée de s'arrêter de travailler. Un œdème très marqué des membres inférieurs apparaît. L'anorexie s'aggrave. Les mouvements actifs du fœtus auraient diminué à partir de cette date.

A son entrée :

Pâleur cireuse de la peau, bouffissure de la face avec œdème accentué au niveau des paupières. Décoloration extrême des muqueuses.

Œdème assez léger des membres inférieurs remontant jusqu'au genou. Œdème considérable de la paroi abdominale. Malgré cela, la malade n'est pas amaigrie.

Elle se plaint d'extrême faiblesse. Anorexie très marquée. Après ingestion des aliments, brûlure au creux épigastrique suivie quelquefois de vomissements. Pas de constipation, ni diarrhée.

Tachycardie notable, souffle systolique, doux, moelleux, surtout marqué à la pointe. Carotides animées de battements, bruit de rouet aux jugulaires. Pouls à 120 mou.

Foie normal.

Rate hypertrophiée, présentant à peu près le volume de 2 poings fermés.

Albumine 0 gr. 25 par litre.

En raison de l'albumine on met la malade au régime lacté (3 litres de lait).

Le 17 janvier. — Œdème palpébral a beaucoup diminué.

Dans la nuit du 17 au 18, 2 épistaxis abondantes.

Dans les journées du 17 et du 18 diarrhée.

Le 19 diminution de l'œdème de la paroi abdominale. Il n'y a plus qu'un très léger nuage d'albumine.

Le 22 on commence une série d'injections de cacodylate de soude (0,05 par jour).

Le 24 on prélève du sang par piqûre de la pulpe du doigt.

Le sang retiré est très pâle et très fluide. Une goutte étalée sur une feuille de buvard s'entoure d'un liseré aqueux très net (signe de Talqvist-Sabrazès).

Numération globulaire : Gl. R. : 643.250. Gl. B. : 12.632. Hématoblastes : 64.000. Poly. 63,4 0/0. Eosino. : 3,4 0/0. Lympho. : 21,3 0/0. Mono. : 6,2 0/0. Hématies nucléées : 6,2 0/0. Poikilocytose. Polychromatophilie.

Du 17 au 28 janvier la température reste au-dessous de la normale. Pouls petit, fréquent, oscille entre 116 et 124.

Dans la nuit du 24 au 25 épistaxis.

Dans la nuit du 28 au 29, la femme accouche d'un fœtus mort et macéré. Délivrance spontanée 5 minutes après. Pendant l'accouchement et la délivrance la malade n'a pas perdu une goutte de sang.

Après l'accouchement le facies se colore et devient plus animé. Le pouls qui était à 124 tombe à 100.

2 février. — Numération globulaire : Gl. R. : 1.448.000. Gl. B. : 8.531. Hématoblastes : 440.000. Poly. : 74,4 0/0.

Eosino. : 2,7 0/0. Lympho. : 11,1 0/0. Mono. : 6,5 0 0. Myélocytes : 2,7 0/0. Hématies nucléées : 1,8 0/0. Richesse globulaire : 886.522. Valeur globulaire : 0,67.

Le 7 février état général amélioré. Malade se lève. Nouvelle série de cacodylate.

Le 11 février : Gl. R. : 1.663.460. Gl. B. : 5.759. Hématoblastes : 488.000. Poly. : 75,4 %. Eosino. : 0,4 %. Lympho. : 11,4 %. Mono. : 10,4 %. Myélocytes. : 1,2 %. Hématies nucléées : 1,2 0/0. Val. glob. : 0,80.

La malade quitte l'hôpital le 12 février.

Revue le 15 mars. Amélioration notable. Examen de sang. — Gl. R. : 2.066.460. Gl. B. : 5.487. Poly. : 74,3 0/0. Eosino. : 1,5 0/0. Lymphocytes : 13,2 0/0. Mono. : 10,8 0/0. Myélocytes : 1,2 0/0. Le 25 mai la malade écrit qu'elle est toujours dans un état très satisfaisant et qu'elle peut vaquer à ses occupations.

#### OBSERVATION N° 40

SACHS. — Zeitsch. f. Geburtshilfe und Gynäkol. 1909.B.64 p. 336.

Frau L. W..., 30 ans. 4 accouchements. Le dernier normal (2 VIII 1908).

Le 3<sup>e</sup> jour fièvre et faiblesses, pâleur, souffle systolique, rate augmentée, pas d'albumine, hémorragie rétinienne.

18 août. — Hgl. : 20 0/0. Gl. R. : 985.600. Gl. B. : 3.500. Poikilocytose. Polychromatophilie. Quelques normoblastes et mégalo-blastes.

7 septembre. — Transfusion de sang suivie de frissons, fièvre.

Après quelques jours amélioration.

Au bout de 6 semaines : Gl. R. : 3.725.000. Hgl. : 75 0/0. Gl. B. : 6.050.

Remarques. — Une anémie très grave qui le 16<sup>e</sup> jour après l'accouchement tend à disparaître, prouve que la cause de l'anémie existait dans la gravidité.

#### OBSERVATION N° 41

WEBER. — Deutsch Archiv. fur Klin. Médic. T. 9, p. 165, 1909.

Femme E..., 33 ans, IV pare. Toujours bien portante. Accouchements normaux. Début de la maladie au 5<sup>e</sup> mois de sa grossesse : vomissements, perte de l'appétit. Douleur de tête, épistaxis, grande pâleur.

29 février 1908. — Mauvais état général, peau jaune pâle, léger œdème. Respiration soufflante au sommet du poumon gauche.

Cœur : souffle systolique.

Hémorragies rétinienne.

Traces d'albumine dans les urines.

Température : 38°2. Puls : 100.

Numération globulaire. — Hgl. : 35 0/0. Gl. R. : 1.580.000 (dont 7.000 à noyaux). Globules Blancs : 7.000. Poly. : 52,1 0/0. Lymphocytes : 23 0/0. F. de transition : 1,4 0/0. Mono. : 1,7 0/0. Mastzellen : 0,1 0/0. Eosino. : 0,6 0/0. Myélocytes : 6,1 0/0. Normoblastes : 12 0/0. Mégaloblastes : 2,3 0/0. Microblastes 0,4 0/0.

1<sup>er</sup> mars 1908. — Injection intraveineuse de 4 cm<sup>3</sup> de sang humain défibrinisé.

Examen de sang 2 heures après. — Poly. : 29,4 0/0. Lymphocytes : 18,2 0/0. F. de transition : 1,2 0/0. Mono. : 2,6 0/0. Eosino. : 3,6 0/0. Myélocytes : 1,2 0/0. Normoblastes : 15 0/0. Mégalo blastes : 8,6 0/0. Gigantoblastes : 1,6 0/0. Microcytes : 0,4 0/0.

Le 3 mars. — Hgl. : 35 0/0. Gl. R. : 1.610.000 (dont 12.000 à noyaux). Gl. B. : 11.000. Poly. : 27 0/0. Lymphocytes : 12,5 0/0. F. transition : 0,5 0/0. Eosino. : 1 0/0. Normoblastes : 51,5 0/0. Mégalo blastes : 2,5 0/0. Microcytes : 4,5 0/0.

Le 5 mars. — Température normale.

9 mars. — 2<sup>e</sup> transfusion de 4,5 cm<sup>3</sup> de sang humain défibrinisé.

11 mars. — Le nombre des globules rouges dépasse pour la première fois : 2.000.000.

17 mars. — Hémorragies rétiniennes résorbées.

21 mars. — 3<sup>e</sup> transfusion intraveineuse de 4 cm 5 sang.

(Sueurs, dyspnée, température 37°2).

Au bout de 1 h., la dyspnée, les frissons, la cyanose des lèvres et des oreilles disparaissent.

Température 38°.

Le lendemain bon état et accouchement normal d'un enfant sain.

29 avril. — Gl. R. : 3.000.000.

Sortie de la malade.

3 juin. — La malade entre à nouveau à l'hôpital pour céphalée, vertiges, faiblesses.

9 juin. — Transfusion de 5 cm<sup>3</sup> de sang défibrinisé.

12 juin 1908. — Hgl. : 55 0/0. Gl. R. : 3.772.000. Gl.

B. : 5.600. Poly. : 60,7 0/0. Lympho. : 25 0/0. F. transition. 6 0/0 Mono. : 5,3 0/0. Mastzellen : 0,7 0/0. Eosino. : 1 0/0. Myélocytes : 1,3 0/0. Normoblastes : 0.

Bon état, sortie.

## OBSERVATION N° 42

MORAWITZ. — Munchener Medizinische Wochenschrift.

Dans son article : « die Behandlung schwerer Anæmie mit Bluttransfusionen ». Année 1907. n° 16, p. 768.

Anemia gravis post partum.

Femme Marie W..., 29 ans. Entrée le 13 juin 1906 pour anémie grave.

Avait été toujours bien portante. Mariée depuis 4 ans. Mari sain ; 5 accouchements, pas d'avortement. Dernier accouchement le 7 juin 1906, normal, mais perte de sang très minime.

Depuis 8 à 14 jours avant son accouchement, elle ne se sentait pas bien : œdème des jambes, peau plus pâle que de coutume, vomissements, toux.

Après l'accouchement, aggravation : grande fatigue, épuisement, respiration courte, vertige, bourdonnements d'oreilles, soif vive, sueurs nocturnes, toux, œdème des pieds. La malade fut alors admise à la clinique.

A son entrée le 13 juin, on constate : femme de taille moyenne ; téguments d'une pâleur extrême. Température 39°. Pouls 120, très gros œdème des membres inférieurs, poumons normaux, dyspnée très forte. Cœur : gros souffle systolique surtout à la pointe, pas de renforcement du

2<sup>e</sup> bruit à la base. Souffle très fort aux veines jugulaires.

Foie et rate non palpable.

Albumine dans les urines.

Examen du fond de l'œil : papilles très pâles, rétines hémorragiques des 2 côtés.

Examen de sang. — Hgl. : 20 (Sahli). Gl. R. : 860.000.  
Gl. B. : 48.000. Pas de globules rouges nucléés.

Traitement : arsenic.

14 juin 1906. — Aggravation. Malade somnolente, très dyspnéique. Il y a danger pour sa vie.

On lui fait alors une transfusion de 150 cm<sup>3</sup> de sang humain défibriné.

3 jours après on constate une petite amélioration.

La malade a toute sa conscience.

Pouls encore au-dessus de 110, meilleur : dyspnée moindre. La température descend fort lentement au-dessous de 38° ; toujours de l'œdème des membres inférieurs.

16 juin. — Raté palpable.

Dans le sang poikilocytose modérée, pas de globules rouges à noyaux.

Traitement. — Arsenic à dose plus élevée ; poudre de feuille de digitale.

18 juin. — Amélioration de l'état général.

Température entre 37 et 38. Pouls à 100.

Dyspnée diminuée.

Globules rouges : 930.000.

Leucocytes : 22.800.

Amélioration progressive.

21 juin. — Hémoglobine : 25 (Sahli.)

26 juin. — Hémoglobine : 32 (Sahli.)

6 juillet. — Hémoglobine : 40 (Sahli.)

11 juillet. — Globules rouges : 1.940.000. Leucocytes : 5.500.

Œdème presque complètement disparu. Température normale.

Pouls à 90. Appétit et état général normaux.

13 juillet. — Hémoglobine : 45.

16 juillet. — La malade se lève, reste plusieurs heures debout.

29 juillet. — Hgl. : 50. Gl. R. : 3.000.000. Gl. B. : 4.800.

30 juillet. — La malade selon ses désirs, rentre chez elle.

#### OBSERVATION N° 43

BERTINO. — *Annali di Ostetrica et gynecologia*. Octobre 1907, p. 389.

Malanca Disma, 38 ans. Entrée le 12 mai 1906. 4 grossesses antérieures arrivées à terme.

Grossesse actuelle : dernières règles le 12 août 1905.

Depuis un mois, tous les signes d'anémie grave : pâleur, dyspnée et toux, œdèmes des jambes, souffle systolique intense à la pointe du cœur. Rate normale. Urines contiennent trace de sucre et un peu d'albumine 0,25. 0/00. Quelques globules de pus.

Le 20 mai accouchement d'un enfant vivant pesant 2.500 gr.

Suites de couches normales. La malade sort le 11 juin 1906.

Examens de sang. — 12 mai 1906. — Gl. R. : 1.720.000. Hgl. : 42 0/0. Gl. B. : 10.200. Val. glob. : 1,22.

25 mai 1906. — Gl. R. : 1.410.000. Gl. B. : 9.840. Hgl. : 39 0/0. Val. globul. : 1,38.

10 juin 1906. — Gl. R. : 2.060.000. Gl. B. : 9.670.  
Hgl. : 53, Val. globul. : 1,23.

Macro et microcytes. Pas de poikilocytes. Grand nombre de leucocytes avec prédominance des polynucléaires neutrophiles.

A l'examen du 25 mai, de nombreux normo et mégalo-  
blastés.

#### OBSERVATION N° 44

GUROWITCH. — Thèse Zurich 1912. Cas IV, p. 20.

P. H..., ménagère, 30 ans. De 14' à 26 ans, chlorose.  
Règles à 14 ans. Règles régulières mais très fortes.

Se marie le 4 juin 1903.

1904 : grossesse.

5 semaines avant l'accouchement apparaissent les premiers troubles : toux, fatigue, pâleur très grande, pas d'appétit, selles normales.

Accouchement le 3 vril 1904. Se fait très rapidement.  
Enfant sain, presque pas de perte de sang.

11 avril 1904. Aggravation, fièvre, toux, très grande fatigue.

24 avril 1904. — Les téguments sont devenus jaunâtres, température jusqu'à 40°1, très grande fatigue, abattement, pas d'appétit.

Mai 1904. — L'aggravation continue.

Juin 1904. — Etat déplorable, malade pâle comme la mort. Diagnostic incertain à cause de la température. Tuberculose ?

28 juin 1904. — Teint jaune cireux.

Faiblesse extrême. Œdème des jambes. La malade ne

peut même plus causer. Fièvre constante. Très grand abattement.

Ce même jour examen du sang : Forte anisocytose. Poikilocytose, beaucoup de mégaloocyte.

Taux anormal de l'hémoglobine dans quelques cellules ; très peu d'érythrocytes polychromatiques ; plusieurs mégalo blastes typiques.

Diminution des Gl. B. : 2.000. Poly. : 39 0/0. Eosino. : 4,5 0/0. Lympho. : 55,5 0/0. F. de transition : 0,5 0/0. Myélocytes : 1/2 0/0. On note 2 grands mégalo blastes polychromatiques, un grand érythroblaste avec noyau rose et un normoblaste polychromatique, très peu de plaquettes.

Diagnostic : anémie pernicieuse.

Traitement : liq. Fowler.

Début de juillet, amélioration, mais brusquement rechute : pendant 24 h. température à 40°1. Vomissements.

15 juillet. — Amélioration continuelle. Aspect extérieur bien meilleur. Plus de fièvre ni de fatigue, ni de vomissements, plus d'œdème.

Aspect encore jaune cependant les joues sont un peu plus colorées.

20 juillet. — Poids 92 livres.

1<sup>er</sup> août. — Poids 98 livres.

11 août. — Poids 104 livres.

Appétit insatiable. Sommeil bon.

14 août. — Il n'y a plus d'œdème, joues un peu plus colorées, mais les muqueuses sont toujours très pâles.

Il n'y a plus de souffle au cœur ; foie et rate normaux.

Hémoglobine 50 0/0.

Sept. 1904. — Très grande amélioration, appétit formidable. Augmentation du poids.

16 Sept. 1904. — On cesse l'arsenic. La femme est guérie.

Hémoglobine 70 0/0.

Elle fut revue en 1905 puis en 1908 et en 1911. Son état est excellent. Elle n'est plus jamais anémique. Elle travaille dans sa maison et aux champs. Poids 120 livres.

#### OBSERVATION N° 45

BERTINO. — *Annali di ostretica e gynecologia*. Octobre 1907, p. 363.

Rosa Saini, 33 ans. Entrée le 1<sup>er</sup> avril 1904. A toujours souffert d'anémie. Règles toujours régulières. 8 grossesses antérieures. La dernière remonte à 1 an 1/2. Allaita 5 de ses enfants. L'anémie l'oblige, pour les autres, à suspendre l'allaitement.

Grossesse actuelle : l'endant les premiers mois, pas d'aggravation sensible de son état. Mais dans la suite signes d'anémie pernicieuse : pâleur de la peau et des muqueuses, dyspnée, douleurs dans les membres inférieurs, vertiges, œdèmes des mains et des jambes. Diarrhée fréquente. Souffle anémique au cœur. Rate normale. Trace d'albumine. Aussitôt l'examen de sang on commence des injections d'arsenate de fer et l'administration de moelle osseuse.

Le 7 avril accouchement spontané. Enfant vivant pesant 2.850 gr.

Examens de sang. — 1<sup>er</sup> avril 1904 : Gl. R. : 1.468.000. Gl. B. : 9.700. Hgl. : 25. Val. glob. : 0,85.

7 avril 1904. — Gl. R. : 1.020.000. Gl. B. : 9.900. Hgl. : 18. Val. glob. : 0,88.

10 avril 1904. — Gl. R. : 948.000. Gl. B. : 10.150. Hgl. : 18. Val. glob. : 0,94.

16 avril 1904. — Gl. R. : 1.350.000. Hgl. : 22. Val globulaire : 0,81.

27 avril 1904. — Gl. R. : 2.424.000. Hgl. : 38. Val. globulaire : 0,78.

30 avril 1904. — Gl. R. : 3.120.000. Gl. B. : 9.630. Hgl. : 52. Val. glob. : 0,83.

Poikilocytose à peine accentuée. Globules rouges nucléés : normo et mégaloblastes au 3<sup>e</sup> examen. La malade quitte la clinique dans un état satisfaisant le 30 avril.

#### OBSERVATION N° 46

BERTINO. — *Annali di Ostetrica e Ginecologia*. Octobre 1907, p. 365.

Macini Delinda, 42 ans. Entrée le 31 mai 1904. Pas de maladies antérieures. 3 grossesses antérieures normales, la dernière remontant à quatre ans.

A la fin de la grossesse actuelle survient l'anémie grave : Pâleur de la peau et des muqueuses, faiblesse. Dyspnée, œdème des membres inférieurs, légère fièvre, souffle anémique au cœur. Stomatite avec haleine fétide, diarrhée, vomissements. Rate normale. Entre à la clinique en travail. Légère quantité d'albumine dans les urines.

Accouche d'un enfant vivant pesant 2.500 gr. On pratique l'extraction de la tête dernière, et par mesure de

précaution, après la délivrance, on fait un tamponnement utéro-vaginal.

Examens de sang. — 1<sup>er</sup> juin 1904. — Gl. R. : 959.000. Gl. B. : 6.560. Hgl. : 20. Val. globul. : 1,04.

8 juin 1904. — Gl. R. : 818.000. Gl. B. : 5.630. Hgl. : 10. Val. globul. : 0,61.

29 juin. — Gl. R. : 1.054.000. Hgl. : 18. Val. glob. : 0,85.

16 juillet. — Gl. R. : 1.955.000. Gl. B. : 8.650. Hgl. : 40. Val. globul. : 1,02.

Le sang présentait au début une Poïkilocytose accentuée et de nombreux normoblastes, petit nombre de mégakaryoblastes.

La malade quitte le service 47 jours après son accouchement dans d'excellentes conditions.

#### OBSERVATION N° 47

BARJON ET CAPE — Société médicale des Hôpitaux de Lyon  
(12 déc. 1902.)

Honorine D..., 23 ans. Entrée le 26 janvier 1901.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. A toujours été un peu pâle, sujette aux palpitations et à la dyspnée d'effort. Réglée à 13 ans toujours irrégulièrement, leucorrhée abondante,

Mariée depuis 4 ans. 2 enfants en bonne santé.

A la fin de sa dernière grossesse elle a eu de l'œdème des jambes et les symptômes d'anémie se sont montrés vers le 9<sup>e</sup> mois.

Entrée à la Maternité les premiers jours de janvier. on nous communique les renseignements suivants :

(M. Commandeur, accoucheur des hôpitaux) :

7 janvier. — Pâleur considérable, teinte cireuse, bouffissure des paupières, œdème depuis 3 semaines. Souffle veineux cervical. Léger souffle mésocardiaque. Pas d'hémorragies rétinienne.

Sang. — Gl. R. : 1.282.000.

10 janvier. — Accouchement normal. Durée du travail 3 h. 1/2. Hémorragie peu abondante, pas d'allaitement. Quitte l'hôpital 13 jours après. Depuis sa sortie, n'a pas quitté son lit : faiblesse, malaises, vertiges, quelques troubles digestifs, constipation.

Quelques jours avant son entrée, vomissements, diarrhée.

A son entrée pâleur, décoloration, œdème des extrémités. Muguet de la bouche.

Cœur. Pouls à 144. Souffle systolique intense et variable à la pointe se propageant peu dans l'aisselle.

Un autre dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche diminue beaucoup dans la position assise.

Vaisseaux. Pouls plein, vibrant. Souffle continu à renforcement systolique dans les vaisseaux du cou.

Poumons. Scoliose accentuée à convexité droite. Quelques rales et sibilances. Toux légère. Ballonnement du ventre. Diarrhée, gargouillement et douleur post prandium.

Foie et rate non hypertrophiés.

Température 39°.

Urines. Pas d'albumine. Beaucoup d'urates et de pigments biliaires.

28 février. — Diarrhée et coliques persistent. Même état.

Examen de sang. — Gl. R. : 530.000. Gl. B. : 7.750.

Poly. : 70 0/0. Mono. : 27 0/0. Lympho. : 2 0/0. Eosino. : 1 0/0. Globules rouges très altérés, différences de volume considérables entre eux. Globules géants, globules nains. Globules anémiques décolorés, surtout les géants. Nombreux globules vacuolés, globules étirés en massue, moins nombreux, mais tous sont plus ou moins ovalaires, il n'y en a presque aucun qui soit régulièrement arrondi. Nombreux globules rouges à noyaux de toutes formes, quelques-uns avec des noyaux en voie de division directe, environ 1/600. Hématoblastes assez nombreux.

2 mars. — Injection de 300 c<sup>3</sup> de sérum artificiel provoque un grand frisson avec syncope.  $\Theta = 40^{\circ}5$ .

3 mars. — Gl. R. : 483.600. Gl. B. : 9.300.

Pouls 140. Rate légèrement hypertrophiée, matité de 9 centimètres dans le sens vertical et 5 cent. dans le sens transversal.

5 mars. — 2 épistaxis abondantes.

6 mars. — Vésicules d'herpes près de l'aile gauche du nez.

7 mars. — Gl. R. : 951.700. Gl. B. : 9.300. Poly. : 61,5 0/0. Mono. : 24,5 0/0. Lympho. : 1 0/0. Eosino. : 3 0/0. Les globules rouges sont toujours très pâles, toujours de dimensions très variables, presque tous sont plus ou moins déformés, mais presque plus de vacuoles.

Les gl. rouges à noyaux ont beaucoup augmenté de nombre. Il y en a environ 1/100, la plupart sont en voie de division directe. Beaucoup de ces globules rouges à noyaux sont grands, certains ont la dimension d'un polynucéaire.

On ne trouve plus d'hématoblastes. Valeur globulaire égale ou supérieure à 1. Rétractilité du caillot est normale.

10 mars. — Gl. R. : 1.162.500. Gl. B. : 13.950. Poly. : 75 0/0. Mono. : 25 0/0. Globules rouges : toujours des nains et des géants, mais les formes moyennes deviennent plus nombreuses. Les globules reprennent la forme arrondie, plus de vacuoles, très peu de déformations.

Gl. rouges à noyaux toujours nombreux, environ 1/400, encore en voie de division. Hématoblastes pas ou très peu.

13 mars. — Le traitement avait été de cacodylate, protosalate de fer, moelle osseuse de veau, repos au lit.

Actuellement amélioration considérable. Diminution des œdèmes de la face et des membres inférieurs. Le teint est plus rose.

Pouls 96. Diminution des souffles vasculaires. Réapparition des forces, pas d'hémorragies rétinienne.

20 mars. — Gl. rouges : 1.791.000. Gl. blanches : 7.075.

25 mars. — Apyrexie complète et définitive. A partir de ce moment la convalescence semble se faire progressivement ; la malade reprend ses forces et son appétit, son état général s'améliore, ses couleurs reviennent peu à peu, et le 24 avril, elle demande à rentrer chez elle.

24 avril. — Gl. R. : 3.335.000. Gl. B. : 10.850. Poly. : 63,4 0/0. Mono. : 30. Lympho. : 3 0/0. Eosino. : 3,6 0/0. Les globules rouges ont recouvré leur forme normale, ils sont moins pâles, Il n'y a plus de globules rouges à noyaux.

#### OBSERVATION N° 48

GUROWITCH. — Thèse de Zurich, 1912. Observ. V, p. 32.

Frau A. H., née en 1866.

Antécédents : 5 érysipèles de la face, une rougeole.

En avril 1898, 4<sup>e</sup> accouchement. Pendant cette gros-

sesse, grande pâleur. A la fin de sa gestation, albumine dans ses urines. L'enfant, très faible, mourut à 8 jours.

Ses trois autres enfants sont bien portants.

En 1900, bonne santé, mais grande pâleur.

Mai 1901, nouvel accouchement. Pas d'albumine pendant la gestation mais par contre de très fréquents et très longs épistaxis.

A son accouchement, grosse perte d'un sang très liquide et très clair : médecin pense à une anémie pernicieuse.

En mai 1901, très grande pâleur, très grande fatigue, œdème des 2 jambes. — Enfant vivant et bien portant.

3 semaines après son accouchement, malade entre dans l'asile Neunünster pour anémie.

Du 10 juin au 18 juin 1901, température : de 38°1 à 38°4, pouls 108. Pas d'albumine dans les urines. Tendance à la constipation.

Du 18 juin au 24 juin, température le soir 37°8 à 37°9.

Poids au début 50 kg. 500. Le 29 juin 53 kg.

Depuis le 22 juin malade se lève, a plus de forces, bon appétit, selles régulières.

Peau jaune.

Au cœur, dilatation du ventricule gauche très marquée, souffle systolique, pouls petit faible, mais régulier.

Yeux : vue toujours faible.

Examen de sang 22 juin 1901. — Hgl. : 60 0/0. Gl. R. : 1.836.000. Gl. B. : 3.120. Val. globul. : 1,6.

Peu de plaquettes, leucocytes diminués. Beaucoup de neutrophiles, beaucoup de lymphocytes. Poikilocytose. Présence de mégaloctes.

Sur 400 leucocytes il y a : Myélocytes : 3 3/4 0/0.

Poly. : 306 : 76,5 0/0. Eosino : 3 : 3/4 0/0. Lymphocytes : 81 : 20 1/4 0/0. F. transition : 7 : 1 3/4 0/0.

2 juillet 1901. — Examen du sang. — Gl. B. : 2 à 3.000.

Sur 324 leucocytes il y a :

Myélocytes : 12 : 4 0/0. Poly. : 185. 56 0/0. Eosino. : 6 : 2 0/0. Lympho. : 100 : 31 0/0. F. transition : 21 : 7 0/0. 1 énorme mégalo-blaste, 5 grands érythroblastes avec noyau foncé, 2 mégalo-blastes avec noyaux, 4 grands normoblastes normaux, un micro-blaste à 4 noyaux, un normoblaste à 2 noyaux.

Très forte poikilocytose.

27 août 1903. Malade est revue. Elle travaille. Bon aspect, teint un peu jaune brun, n'a pas été malade, bon appétit, pas d'œdème, pas de céphalée.

Le 20 mai 1903, nouvel accouchement : enfant bien portant. Pendant la gestation, très fortes épistaxis, suites de couches longues. Actuellement règles un peu irrégulières.

Hémoglobine 50 0/0.

28 août 1903. — Examen : pupilles normales, pas de souffles veineux, souffle systolique à la mitrale, foie un peu gros, palpable. Rate normale, très faibles traces d'albumine.

Hgl. : 50 0/0. Gl. R. : 3.980.000. Gl. B. : 7.400. Val. globul. : 0.6.

Leucocytes normaux, poikilocytose très faible, nombreuses plaquettes, leucocytes pour la plupart neutrophiles. Très peu d'éosinophiles.

Coloration au triacide :

Pas d'érythrocyte à noyau, faible poikilocytose. Poly. : 75 0/0. Eosino. : 1,5 0/0. Lympho. : 18 0/0. F. transition : 8 0/0 pour la plupart à noyau polymorphe typique.

Septembre 1903. — Depuis 4 semaines, traitement par liqueur de Fowler. Bon état.

28 octobre 1903 — Hgl. : 65 0/0. Gl. R. : 4.752.000.  
Gl. B. : 6.900.

1<sup>er</sup> décembre 1903. — La malade souffre de fréquents vertiges, et dyspnée d'effort.

Hgl. : 62 à 65 0/0. Gl. R. : 4.936.000.

15 juillet 1904. — La patiente se sent très bien.

Hgl. : 100 %. Gl. R. : 4.700.000.

L'enfant âgé de 14 mois est blanc et n'a que 45 0/0 d'hémoglobine.

1<sup>er</sup> octobre 1911. — La femme est revue. Bon aspect, elle travaille.

Hémoglobine : 110 0/0.

4 décembre 1911. — Gl. R. : 5.068.000.

Gl. rouges presque tous de grande taille, plaquettes en nombre normal. — Poly. : 77 0/0. Eosino. : 1 0/0. Lympho. : 14 0/0. F. transition : 7 0/0. Mastzellen : 2/3 0/0.

#### OBSERVATION N° 49

CLIVIO. — Annali di Ostetrica e Ginecologia, 1901, p. 851.

Clementina Marcotti, mariée, 27 ans.

Entrée le 31 juillet 1906. Pas de maladies dans son enfance ; trois grossesses antérieures, terminées par des accouchements à terme. A allaité ses trois enfants.

Grossesse actuelle. Dernières règles 25 octobre 1899. Pendant les premiers mois, pas de troubles sympathiques. Mouvements actifs perçus au 5<sup>e</sup> mois. Au 7<sup>e</sup> mois, sans cause appréciable, elle présente tous les signes de l'ané-

mie pernicieuse progressive, et plus tard son médecin l'envoie à la clinique avec ce diagnostic.

Dès son arrivée (31 juillet), elle accouche spontanément d'un enfant vivant, bien développé, poids 3.800 gr.

A l'examen la femme présente une débilité générale, une grande pâleur de la peau et des muqueuses. Pas de lésion organique pouvant expliquer cet état. Pas d'albumine. Pas de parasites dans les fèces.

**Examen du sang :**

2 août. — Globules rouges : 1.283.330. Val. glob. 1,01.

10 août. — Globules rouges : 1.626.785.

19 août. — Globules rouges : 2.560.500.

Suites de couches normales. A signaler le 4<sup>e</sup> jour, une élévation thermique et de la fœtidité des lochies qui cède à quelques injections vaginales au permanganate. Traitement : fer, arsenic, moelle osseuse.

La malade sort dans un état très satisfaisant le 19 août.

**OBSERVATION N° 50**

MERLETTI. — *Annali di Ostetrica e Gynecologia*, 1901, p. 338. — Observation IX.

Securi Elvira, 34 ans.

Antécédents : rien. Réglée à 13 ans.

6 grossesses terminées sans incidents. Cependant, à la 6<sup>e</sup>, prostration et certaine pâleur des téguments.

Grossesse actuelle : a débuté en août 1898. Très rapidement nausées, inappétence, vomissements. Entrée à l'hôpital le 29 mars 1899, la grossesse est de 7 mois 1/2.

Malade présente : pâleur marquée des téguments, œdème des jambes, inappétence.

Examen des feces : pas de parasites.

Urines : traces d'albumine.

Pouls 90. Respiration 28. Température 36°5.

Examen de sang du 30 mars. — Sang pâle très fluide, poikilocytose, anisocytose, globules rouges nucléés, normoblastes et gigantoblastes.

Gl. R. : 1.160.000. Gl. R. . 10.330. Hgl. : 24,5. Val. globul. : 1,05.

Dans les jours suivants, diarrhée, température 38°2. Dyspnée, vomissements.

Le 6 avril, accouchement spontané d'un enfant vivant de 1.900 gr. Perte de sang insignifiante.

Rapide amélioration. La diarrhée diminue, plus de vomissements, plus de dyspnée.

Du 9 au 20 avril, citrate de fer en injections.

Le 12 avril. — Hgl. : 32. Gl. R. : 2.102.000. Val. glob. : 0,76.

Poikilocytose.

Quelques gl. rouges nucléés avec prédominance de normoblastes.

Le 19 avril. — Hgl. : 38. Gl. R. : 2.610.000. Val. globulaire : 0,72.

La malade quitta l'hôpital guérie le 20 avril.

#### OBSERVATION N° 51

NAUER. — I. D. Zurich 1897 (aus der Klinik von Prof. Eichhort.)

R. K., 37 ans, 9 accouchements. A 14 ans, anémie. Règles régulières et abondantes ; bonne santé. Pendant

toutes ses grossesses faiblesse et anémie. Pendant ses accouchements, grosses pertes de sang. 3 semaines avant le dernier accouchement, grande faiblesse générale, céphalée, vomissements. Accouchement très difficile suivi d'hémorragie. Depuis température, palpitations, céphalée, vertige, dyspnée. L'examen montre : téguments jaune cireux. Muqueuses presque complètement décolorées. Cœur augmenté de volume : partout souffle systolique. Foie augmenté. Rate hypertrophiée et palpable. Pas d'œdème. Pas d'albumine. Température 38°9. Vomissements, faiblesse.

A l'œil gauche, hémorragie rétinienne.

Examen de sang. — Hgl. : 14 0/0. Gl. R. : 960.000.  
Gl. B. : non augmentés.

2 mois après la malade est guérie : Hgl. 70 0/0. Gl. R. : 4.800.000. Hypertrophie de la rate encore évidente.

#### OBSERVATION N° 52

SANDGZ. — Correspondanz Blatt, 1887, p. 554.

Frau F. B., 31 ans. 4 accouchements. Le dernier il y a 6 semaines.

Au 8<sup>e</sup> mois de la dernière grossesse, pâleur, perte d'appétit, vomissements, faiblesse, dyspnée, palpitations. Accouchement normal. Perte de sang minime. Sang très pâle.

Depuis l'accouchement aggravation, le 7 mai 1886, entrée à l'hôpital.

Examen : pâleur extrême, œdèmes.

Cœur : choc de la pointe violent. Gros souffle systolique.

Foie et rate normaux.

Urine sans albumine. Selles rares, sans parasites.

Nombreuses hémorragies rétinienne.

Température : 38°5. Pouls 110.

Examen de sang. — Diminution des globules rouges. Anisocytose. Poikilocytose. Nombreux microcytes. Globules blancs en quantité normale. Hémoglobine 20 0/0.

Traitement : fer, pepsine, arsenic.

Pendant les trois premières semaines aggravation. Fièvre 38°, 39°3. Pouls 120.

Œdèmes progressifs, très grande faiblesse.

Traitement : lavage d'estomac.

Amélioration et rétablissement après 6 ou 7 lavages d'estomac.

La malade fut suivie. Au bout de 12 ans, aucune récurrence.

#### OBSERVATION N° 53

SANDBERG. — Thèse Zurich 1905, p. 12.

Frau Rosina K..., 37 ans, IX pare. Entrée le 7 février 1888. Accouchement le 12 février. Sortie le 6 juillet 1888. Antécédents personnels : rien. Régliée à 16 ans, régulièrement. Règles fortes durant jusqu'à 10 jours. La malade a toujours été très pâle. A chaque effort, maux de tête. 8 accouchements accompagnés de grosse perte de sang.

Dans la première moitié de sa grossesse actuelle, elle présente un grand épuisement.

Etat : Malade très pâle. Muscles peu développés. Œdème des membres inférieurs. Constipation. Pas d'albumine.

Le 12 février, accouchement avec une hémorragie notable. Après l'accouchement, température, palpitations, dyspnée. Faiblesse accentuée. Diminution de la vision.

30 mai. — Grande pâleur. L'œdème a disparu. Muqueuses très pâles, souffle jugulaire. Petit souffle systolique au cœur.

Examen de sang. — Hgl. : 14 0/0. Gl. R. : 960.000. L'examen microscopique montre en outre une augmentation notable de leucocytes. Traitement arsenic.

14 juin. — Hgl. : 40 0/0. Gl. R. : 2.640.000.

6 juillet. — Hgl. : 70 0/0. La malade sort guérie.

### OBSERVATION N° 54

BYROM BRAMWELL.

Malade âgée de 40 ans. VIII pare. Entrée le 15 novembre 1910 pour anémie pernicieuse remontant à 4 mois. Cette anémie débuta après la naissance de son dernier enfant. L'accouchement et les 7 autres précédents avaient été accompagnés d'hémorragies considérables.

Antécédents : une tumeur tuberculeuse du sternum opérée il y a 2 ans. Autrement santé toujours très bonne. Pas de syphilis. 6 enfants vivants et bien portants. A l'entrée : malade très pâle. Tache d'herpès dans le nez.

Examen de sang (15 nov. 1910). — Gl. R. : 990.000. Hgl. : 30 0/0. Val. glob. : 1,6. Gl. B. : 4.600. Poly. : 74 0/0. Mono. : 17 0/0. Eosino. : 7 0/0. Basophiles : 2 0/0.

Anisocytose poikilocytose. Quelques globules rouges nucléés. Pas de polychromatophilie. Cœur : souffle systolique aux foyers mitrale pulmonaire et aortique. Pouls 100. Pression max. 10. Langue pâle et chargée. Urine : rien d'anormal. Pas d'hémorragies rétinienne.

Traitement. — Salvarsan le 15 novembre, liqueur de Fowler.

Examen sang le 16 décembre. — Gl. R. : 1.460.000.  
Gl. B. : 4.200. Hgl. : 45. Val. glob. : 1,5.

21 décembre. — Gl. R. : 1.760.000. Gl. B. : 3.000.  
Hgl. : 52. Val. glob. : 1,48.

7 janvier 1911. — Gl. R. : 2.450.000. Gl. B. : 4.000.  
Hgl. : 68. Val. globul. : 1,38.

24 janvier. — Gl. R. : 3.125.000. Gl. B. : 7.000. Hgl. :  
74. Val. glob. : 1,19.

9 février. — Gl. R. : 3.350.000. Gl. B. : 7.600. Hgl. :  
78. Val. glob. : 1,16.

18 février. — Gl. R. : 4.140.000. Gl. B. : 7.600. Hgl. :  
88. Val. glob. : 1,07.

21 février. — Gl. R. : 4.020.000. Gl. B. : 6.200. Hgl. :  
88. Val. glob. : 1,1.

Amélioration considérable après chaque injection. La dernière fut suivie d'un peu de température.

3 mars. — Frottements pleurétiques à gauche et léger empatement des glandes du cou.

#### OBSERVATION N° 55

ROTH. — Medizinische Klinik 1910, n° 44.

Femme D. A., 24 ans. Primipare. Toujours bien portante. En octobre 1909, vient à l'hôpital où on lui fait un traitement mercuriel pour une syphilis secondaire. Wassermann positif. Traitement interrompu avant la fin.

16 mars 1910. — Naissance (à la clinique des femmes) d'un enfant mort macéré. Température jusqu'à 39°1. Pouls 116-116. La malade présente depuis son entrée une pâleur cireuse frappante.

11 avril. — Hémoglobine 29 0/0.

13 avril. — Gl. R. : 800.000.

A cause de sa pâleur marquée et de sa grande faiblesse, on diagnostique une anémie pernicieuse ; on fait entrer la malade à l'hôpital.

Etat au 16 avril. — Dyspnée. Température 39°. Pas d'œdème. Cœur augmenté de volume, un souffle systolique s'entendant partout. Foie légèrement augmenté de volume. Rate non palpable. Hémorragies rétinienne.

Examen de sang. — Hgl. : 15 0/0. Val. glob. : 1,2. Gl. R. : 630.000. Gl. B. : 5.400. Poly. : 56 0/0. Lympho. : 40 0/0. F. transition : 3,5 0/0. Normoblastes : 0. Mégalo-blastes : 50 par mm<sup>2</sup>. Poïkilocytose. Anisocytose. Polychromatophilie.

20 avril. — Cure de mercure. Amélioration. Température tombe.

Examen de sang du 15 mai. — Hgl. : 50 0/0. Val. glob. : 1,1. Gl. R. : 2.332.000. Gl. B. : 3.760. Poly. : 69,1 0/0. Eosino. : 3,5 0/0. Lympho. : 22 0/0. F. transition : 5,2 0/0. Mastzellen : 0,2 0/0. Megaloblastes : 8-10 par 1 m<sup>3</sup>. Poïkilocytose et anisocytose nette. Peu de polychromatophilie.

31 mai. — Sortie de la malade.

Examen de sang. — Hgl. : 75 0/0. Gl. R. : 2.572.000. Val. glob. : 1,14. Gl. B. : 5.100. Poly. : 59,9 0/0. Eosino. : 2,6 0/0. Lympho. : 31,5 0/0. F. transition : 6 0/0. Normoblastes : 5,10 par 1 mm<sup>3</sup>. Anisocytose, peu de Poïkilocytose.

2 examens furent faits dans la suite les 19 juillet 1910 et 15 août 1910 : image du sang normale.

Wassermann est toujours positif.

## OBSERVATION N° 56

HARRY BURKE SCHMIDT. — Surgery Gynecologie and Obstetrics. Anno 1918, p. 506. — Observation I.

Ma, W..., 38 ans, vient à la consultation de l'hôpital Ann. Rebor (Dr Peterson) pour fièvre et anémie.

L'examen montre : pannicule graisseux abondant, peau jaune citron, extrêmement anémique, muqueuses très pâles, pas d'engorgements ganglionnaires.

Cœur : souffle systolique entendu partout, mais spécialement à l'orifice pulmonaire. Souffle diastolique ayant une intensité maxima dans le 3° espace intercostal gauche au bord du sternum. 112 battements à la minute. 1<sup>er</sup> bruit pas très distinct, 2° bruit plus accentué. Pouls capillaire. Diagnostic du début : endocardite maligne.

Pas d'éruption pétéchiale. Rate non palpable, traces d'albumine .

Examen de sang. — Hgl. : 24 0/0. Gl. R. : 1.280.000. Gl. B. : 2.800.

La malade était mère de 4 enfants sains.

Elle avait accouché pour la dernière fois il y a 2 semaines, travail normal. Perte de sang minime, Fièvre continue pendant 8 jours. Pouls 108 à 128.

Respiration 22.

On lui fait une transfusion de sang (sang du mari).

Le lendemain les signes d'insuffisance aortique avaient disparu. Le souffle systolique persiste.

Hgl. : 30 0/0. Gl. R. : 2.120.000. Gl. B. : 1.250.

Nouvelle transfusion peu de jours après avec de très bons résultats. Peu de temps après : guérison. Elle fut

suivie jusqu'en août 1916. Elle allait bien et ne présentait plus de souffle.

### OBSERVATION N° 57

HARRY BURKE SCHMIDT. — Surgery Gynecologie and obstetrics, 1918, p. 506.

#### Observation II.

Appelé par le Dr Peterson pour examiner une jeune femme Ma. S..., 30 ans, qui avait accouché il y a quelques jours de son 2<sup>e</sup> enfant. Pas d'antécédents familiaux importants. Accouchement normal. Pas de perte de sang avant, pendant ou après l'accouchement.

Au 7<sup>e</sup> mois, une bronchite peu grave qui dura 10 jours. La température après l'accouchement oscilla entre 100° et 102°f.

A l'examen, malade au plus haut point exsangue, dilatation cardiaque légère, souffle systolique à la pointe, 2<sup>e</sup> bruit accentué.

Foie et rate non palpable.

Rien dans les urines.

Température 101°f., pouls 120, respiration 40. La malade est d'une pâleur extrême, pas de pigmentation de la peau.

Hgl. : 10 %. Gl. R. : 800.000. Gl. B. : 2.400.

Ma. S... reçut une transfusion de sang (sang du mari) 18 heures après :

Hgl. : 58 %. Gl. R. : 3.600.000. Gl. B. : 3.000.

Elle fut à nouveau examinée en août 1916.

Cœur normal sans souffle.

Hgl. : 83 %. Gl. R. : 4.400.000. Gl. B. : 6.800.

## OBSERVATION N° 58

HARRY BURKE SCHMIDT. — Surgery Gynecol. and Obstetrics, 1918, p. 506.

### Observation III.

Ma. C..., 22 ans se plaignait de fatigue, pâleur, mauvaise bouche. Sa mère était morte à 28 ans d'une anémie pernicieuse gravidique.

Elle était très pâle jaune citron. 10 semaines avant son entrée à l'hôpital elle avait accouché de son 2<sup>e</sup> enfant. Accouchement normal sans hémorragie excessive.

5 jours après l'accouchement, forte température à 102<sup>of</sup>. qui persiste 2 semaines de façon intermittente.

Pas de dilatation cardiaque, mais souffle systolique surtout à l'orifice pulmonaire. Pas d'accentuation du 2<sup>e</sup> bruit.

Rate palpable. Foie normal.

Examen de sang à son entrée. — Hgl. : 23 0/0. Gl. R. : 1.800.000. Gl. B. : 4.900.

En 4 jours, les globules rouges tombent à 930.000. Gl. B. : 4.500. Hgl. : 17 0/0.

2 jours plus tard on fait une transfusion de sang. A ce moment Hgl. : 15 0/0.

A la suite de la transfusion :

Hgl. : 34 %. Gl. R. : 2.390.000. Gl. B. : 8.500.

9 jours plus tard chute des globules :

Hgl. : 18 %. Gl. R. : 870.000. Gl. B. : 6.200.

Nouvelle transfusion et traitement à l'arsenic.

Guérison.

En mai 1916, Ma. C., était en excellente santé. Plus de souffle, pas de dilatation du cœur. Le sang était normal.

OBSERVATIONS  
DES CAS PRESENTANT  
UN ACCOUCHEMENT PROVOQUE

## OBSERVATION N° 59

PETTERSEN. — (Archives mens. d'Obstetr. et de Gynecol., 1918, Obs. III, p. 7.)

Malade de 26 ans, 1 pare. Entrée le 3 mai 1917. Sortie le 19 juin 1917.

Antécédents : chlorose à 15 ans. Depuis santé parfaite. Pas d'hémophilie. Pas de syphilis. Dernières règles fin septembre. Bien portante au début de sa grossesse, elle présente depuis quelque temps pâleur et faiblesse. Les 26 et 29 avril épistaxis abondantes. Hémoglobine 36/100.

A l'entrée : malade très anémiée. Pas de teinte subictérique. Ecchymoses sur les membres. Urines : traces d'albumine. Pas d'œdèmes. Wassermann négatif.

Examen de sang : Hgl. : 43/100. Gl. R. : 1.820.000. Val. globul. : 1,2. Gl. B. : 11.100. Normoblastes isolés. Formule leucocytaire : Poly. 66/100. Mono : 34. Résistance globulaire normale. Pas d'autolysines. En résumé anémie pernicieuse due à une intoxication gravidique.

Le 6 mai on provoque un accouchement prématuré. Fœtus mort et macéré pesant 1.250 gr. Pas d'hémorragie de la délivrance. Température pendant 5 jours après l'accouchement.

Le 9 mai. — Hgl. : 40/100. Le 23 mai. : Hgl. : 41/100. Gl. R. : 2.050.000 Val. glob. : 1. Gl. B. : 8.500.

11 juin — Hgl. : 58/100. Gl. R. : 3.100.000.

19 juin. — Sortie de la malade.

17 août 1917. — Hgl. : 75/100. Gl. R. : 4.200.000. Val.

glob. : 0,9. La femme est bien portante et travaille. Cependant encore un peu pâle.

Pas de médicaments, pour montrer que dans les cas pas trop avancés, l'accouchement prématuré suffit pour produire la guérison.

#### OBSERVATION N° 60

FINDLEY. — The American Journal of obstetrics, 1918, p. 262.

Mrs. F., 28 ans, III pare opérée le 4 mai 1906 pour avortement incomplet. A cette époque, fut très anémiée, résultat de ses hémorragies utérines, elle demeura anémique tout le temps de sa 3<sup>e</sup> grossesse. Depuis le début de cette grossesse, faiblesse et anémie croissantes. Elle me consulta à la 4<sup>e</sup> semaine de sa grossesse. Elle présentait à ce moment tout le tableau clinique d'une anémie pernicieuse. Le Dr Dunn me conseilla l'interruption de la grossesse à cause de cette anémie avec température élevée.

Examen de sang. — Gl. R. : 3.250.000. Hgl. : 60 0/0. Gl. B. : 5.700. Mégalo blastes : petit nombre.

Anisocytose. Poïkilocytose.

Pas de gl. rouges nucléés en évidence.

Tous les symptômes de l'anémie pernicieuse existaient sauf les globules rouges nucléés.

Cas d'anémie pernicieuse augmentant avec la grossesse. On fit alors à la malade une hystérectomie et on lui réséqua les trompes (ovaire gauche étant kystique).

Convalescence sans incident. 6 semaines après l'opération, hémoglobine : 70 0/0. Gl. R. : 3.725.000.

La malade quitta l'hôpital.

## OBSERVATION N° 61

BERTINO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*. Octobre 1907, p. 394.

Pezzani Tersilla, 40 ans. Entrée le 23 juin 1906.

Troubles anémiques de 16 à 20 ans. 8 grossesses antérieures dont 7 à terme. Allaita tous ses enfants. Grossesse actuelle. Dernières règles le 20 octobre 1905. 1<sup>ers</sup> signes d'anémie ont apparus il y a 2 mois ; malaises, céphalée, dyspnée, palpitations.

Depuis 1 mois, œdème des membres inférieurs. Alternative de diarrhée et constipation.

Peau et muqueuses très pâles. Œdème des jambes.

**Urines normales.**

L'état s'aggravant, on décide d'interrompre la grossesse. On introduit dans l'utérus une petite sonde et le 30 juin accouchement d'un enfant vivant pesant 2.550 gr.

La malade quitte le service le 21 juillet, en très bonne voie de guérison.

Examen sang de 26 juin 1906. — Gl. R. : 1.312.000. Gl. B. : 4.520. Hgl : 50 0/0. Val. gl. : 1,90.

7 juillet 1906. — Gl. R. : 1.264.000. Gl. B. : 6 500. Hgl. : 45. Val. globul. : 1,78.

20 juillet 1906. — Gl. R. : 2.465.000. Gl. B. : 6.230. Hgl. : 59. Val. globul. : 1,19.

Prédominance des polynucléaires neutrophiles, plusieurs normoblastes. Très rares sont les mégaloblastes.

## OBSERVATION N° 62

BERTINO. — *Annali di Ostetrica et gynecologia*. Octobre 1907, p. 390.

ERNESTA TUSCANI, 33 ans. Entrée le 6 juin 1906. 1<sup>re</sup> sœur tuberculeuse.

Réglée à 13 ans. Première grossesse, dernières règles le 31 octobre 1905.

Les premiers symptômes morbides apparus il y a 1 mois : prostration, palpitations. Puis œdème des malléoles. Diarrhée.

A son entrée aspect très souffrante, légère scoliose de la colonne cervicale, peau et muqueuses très pâles. Œdème des paupières, dyspnée intense l'obligeant à rester couchée. Cœur : limites normales mais frémissement intense, souffle systolique à la pointe. 2<sup>e</sup> bruit claqué au foyer pulmonaire. Rate : déborde de 1 travers de doigt les fausses côtes. Palpation douloureuse de l'abdomen.

Urines : normales.

Les symptômes s'aggravant on interrompt la grossesse et le 12 juin accouchement d'un enfant mort pesant 1.400 gr.

La femme se remet rapidement et quitte l'hôpital 18 jours après son accouchement.

Examens du sang. — 10 juin 1906. — Gl. R. : 1.920.000. Hgl. : 46. Gl B. : 6.200. Val. globul. : 1,19.

29 juin 1906. — Gl. R. : 2.992.000. Gl. B. : 6.248. Hgl. : 62. Val. globul. : 1,03.

Examen des leucocytes montre prédominance des

mononucléaires, beaucoup de normoblastes, quelques mégalo-  
blastes.

2° examen : prédominance de polynucléaires neutro-  
philes, beaucoup de normoblastes, quelques formes inter-  
médiaires entre le normo et le mégaloblaste. Légère poiki-  
locytose.

### OBSERVATION N° 63

RAVANO. — Archivio di Ostreticia e gynecologia. Juillet  
1904, p. 387.

Rosa Trucco, 28 ans. Entrée le 18 février 1904. Anté-  
cédents : père et 1 sœur morts de tuberculose pulmonaire.

Réglée à 16 ans. Mariée à 23 ans. 3 grossesses norma-  
les, avec accouchements normaux.

Grossesse actuelle. — D. R. : 30 juillet 1903.

A son entrée on constate : mauvais état général, cé-  
phalée intense et durable, téguments et muqueuses d'une  
pâleur cireuse. Œdème de la face et des membres infé-  
rieurs.

Cœur : légère augmentation du diamètre transverse,  
souffle mitral, bruit de rouet aux jugulaires.

Urines : albumine 0,50 par litre.

Examen de sang. — Gl. R. : 1.520.000. Gl. B. : 4.700.  
Hgl. : 30 0/0. Poikilocytose.

3 jours après, nouvel examen. — Gl. R. : 1.512.000.  
Gl. B. : 3.700. Examen clinique et hématologique montre  
donc une anémie pernicieuse chez une femme enceinte de  
7 mois 1/2.

On décide d'interrompre la grossesse. Accouchement  
provoqué le 22 février. Perte de sang très minime.

Enfant vivant pesant 2.100 gr.

L'examen de sang de l'enfant montra 6.235.000 gl. rouges. Il fut nourri artificiellement.

Pendant les 3 premiers jours qui suivirent l'accouchement, la malade eut une température de 38 à 39 le soir, dyspnée, légère cyanose de la face et des extrémités ; pouls à 100-130.

En 15 jours, symptômes s'amandèrent, l'état général redevint bon.

27 jours après l'accouchement, examen du sang. — Gl. R. : 2.156.000. Gl. B. : 7.800. Hgl. : 40 %.

Traitement médical : arseniate de fer, bichlorure de mercure.

La malade partit guérie de la clinique.

#### OBSERVATION N° 64

CLIVIO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*, 1905.

Maria Z..., 33 ans. Entre le 27 juin 1903.

4 grossesses antérieures à terme, 1 avortement, 4 allaitements.

Grossesse actuelle : Depuis 1 mois présente des signes d'anémie grave, avec diarrhée : accouchement prématuré provoqué le 13 juillet. La rate déborde les fausses côtes.

Traitement : moelle osseuse.

Examens du sang :

27 juin. — Gl. R. : 1.090.000. Val. glob. : 1,92.

9 juillet. — Gl. R. : 1.025.000. Val. globul. : 1,12.

15 juillet. — Gl. R. : 772.000. Val. globul. : 1,16.

20 juillet. — Gl. R. : 1.047.500. Val. globul. : 1,05.

31 juillet. — Gl. R. : 1.915.000. Val. globul. : 0,80.

Le 15 juillet. — Nombreux poikilocytes, des micro et des macrocytes.

Le 2 août, malade est très améliorée.

### OBSERVATION N° 65

CLIVIO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*, 1905.

Severina G..., 34 ans; entre à l'hôpital le 7 mars 1903.

5 grossesses antérieures, 5 allaitements. L'anémie grave se manifeste au 5<sup>e</sup> mois de la grossesse actuelle : vomissements, pas d'albumine, œdèmes des membres supérieurs. Accouchement prématuré provoqué le 12 mars. L'amélioration se manifeste dès le quatrième jour qui suit l'accouchement. Très légère réaction thermique pendant les suites des couches. Hypertrophie de la rate et du foie.

Traitement médical : arseniate de fer, moelle osseuse.

Examens de sang :

9 mars. — Gl. R. : 925.000. Val. globul. : 1,24.

Poikilocytose, anisocytose, normo. et mégäloblastes.

14 mars. — Gl. R. : 767.500. Val. globul. : 1,26.

19 mars. — Gl. R. : 1.600.000. Val. globul. : 1,07.

25 mars. — Gl. R. : 2.010.000. Val. globul. : 0,89.

29 mars. — Gl. R. : 2.345.000 Val. globul. : 0,93.

Nombreux poikilocytes, micro et macrocytes normoblastes et mégäloblastes en nombre moyen.

Sortie le 1<sup>er</sup> avril dans des conditions très satisfaisantes.

## OBSERVATION N° 66

FRANCESCO VARALDO. — *Annali di ostetrica e gynecologia*  
1902.

Elena Franzello, 33 ans. Entre à la clinique le 28 mars 1901 ; réglée à 13 ans. Pas de maladie dans sa jeunesse. Mariée à 29 ans. Depuis, 3 grossesses dans un court intervalle. Pas d'allaitement.

Grossesse actuelle. Normale jusqu'au 8<sup>e</sup> mois. Alors, sans cause appréciable, apparaissent les premiers symptômes morbides. Mauvais état général, faiblesse, céphalée, vertiges, pâleur croissante de la peau et des muqueuses, dyspnée, œdème des membres inférieurs. Pas de signes de tuberculose. Pouls 106, régulier. Entre à la clinique dans un état d'anémie grave. Traitement reconstituant et injections hypodermiques de sublimé corrosif (9,01 cgr. par jour).

Le 6 avril, vu les conditions d'aggravation, on provoque l'accouchement (dilatation artificielle par la méthode de Bossi, forceps au détroit supérieur). Enfant vivant du poids de 2.200 gr. Pas de déchirure du périnée, ni d'hémorragie notable.

Traitement pendant les suites de couches : injections toniques, sérum artificiel, lavements d'eau salée à 7/1.000. Injections sous-cutanées de fer et de glycérophosphates.

Examens du sang :

1<sup>er</sup> avril. — Gl. R. : 1.050.000. Gl. Bl. : 9.870. Hgl. : 35. Poikilocytose, anisocytose, quelques globules nucléés.

6 avril. — Gl. R. : 889.000. Hgl. : 30. Premiers jours après accouchement : Gl. R. : 760.000. Hgl. : 24 0/0.

22 avril. — Gl. R. : 1.438.600.

30 avril. — On note une augmentation de la rate.

14 mai. — Gl. R. : 3.048.000.

15 juin. — Gl. R. : 4.200.000.

Sortie le 19 mai dans de très bonnes conditions et le 15 juin malade revient se montrer : 4.200.000 globules rouges.

#### OBSERVATION N° 67

CLIVIO. — *Annali di Ostetrica e Gynecologia* 1901, p. 852.

Filomena Guareschi, 30 ans, entrée le 30 décembre 1900. A toujours été un peu anémique. Réglée à 20 ans, mariée à 26. A déjà eu une grossesse dans la 2<sup>e</sup> moitié de laquelle son anémie habituelle reçut une aggravation. Après un accouchement normal, recouvra un bon état général.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 8 mars. Mouvements actifs perçus au mois d'août. Dans la 2<sup>e</sup> moitié de la grossesse, pâleur très accusée. Mais ce fut seulement au 9<sup>e</sup> mois que se présentèrent tous les signes d'une anémie grave : pâleur, mauvais état général, œdèmes des membres inférieurs, souffle anémique à la pointe au 1<sup>er</sup> temps. Vu l'état grave de la malade, on provoque l'accouchement par l'introduction d'une sonde. Enfant vivant : poids 3.000. Examens du sang :

Après l'accouchement : Gl. R. : 1.727.000. Val. globulaires : 0,82. Poikilocytose, anisocytose.

Le 7 janvier. — Gl. R. : 2.214.000. Val. globul. : 0,63.

Le 21 janvier. — Globul. R. : 1.500.000.

A la sortie : 4.400.000.

Traitement. — Fer, moelle osseuse.

A signaler, pendant les jours qui suivirent l'accouchement, hypertrophie très accusée de la rate.

### OBSERVATION N° 68

ALFRED STIEDA. — Centralblatt für Gynäkologie, 1897, n° 44, p. 1314.

Katherine W..., 34 ans. Entrée le 26 janvier 1896 pour grossesse compliquée d'une infection rénale.

Père et 2 sœurs vivants bien portants. Mère mourut d'une maladie inconnue. 2 sœurs moururent d'épilepsie. Antécédents personnels : rien.

Réglée à 19 ans régulièrement. Règles de 4 à 5 jours, abondantes.

Dans intervalle de 11 ans, 5 accouchements, le dernier en 1893. Grossesses, accouchements, suites de couches toujours normales.

Dernières règles eurent lieu le 22 mai 1895.

La maladie commença fin décembre 1895 avec douleurs dans le côté droit, grande faiblesse, bourdonnements d'oreilles, vertiges. La malade s'alita. Les douleurs dans le côté droit disparurent au bout de 14 jours ; les autres symptômes augmentèrent. En janvier 1896 œdème des jambes. Bientôt l'œdème s'étendit à tout le corps. On ne sait quand débuta la pâleur.

Appétit toujours bon. Urines, selles normales.

Femme de taille moyenne, pâleur frappante, squelette gracile, état général médiocre.

Œdème de tout le corps.

Muqueuses décolorées.

Pas de tumeurs glandulaires.

Matité précordiale un peu augmentée.

Au cœur, souffle systolique. Gros souffle veineux. Pouls petit, fréquent. Poumons normaux.

Utérus remontant à 4 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, tête du fœtus mobile au détroit supérieur. /

Foie légèrement augmenté de volume. Rate palpable, dépassant de 2 travers de doigt les dernières côtes.

Urines : traces d'albumine, selles normales.

Examen de sang :

Sang de couleur pâle. — Hgl. : 25 0/0. Gl. Rouges : 1.700.000. Déformation et grandes variétés des érythrocytes.

Rapport des globules blancs aux rouges. — 1 : 200. Peu de globules rouges à noyaux.

Système nerveux normal. Examen du fond de l'œil ne montre aucun changement.

Traitement : Arsenic.

Faiblesse croissante, très forte dyspnée, on provoque l'accouchement artificiel le 30 janvier 1896. Enfant de 2.400 gr., long 50 cm. 5: Poids du placenta 436 gr.

Perte de 100 gr. de sang environ.

Aussitôt l'accouchement, dyspnée disparut, pas de fièvre, pouls entre 104 et 138.

Grand météorisme abdominal qui disparaît le 5<sup>e</sup> jour. On constate alors l'énorme hypertrophie de la rate : lon-

gueur 27 cm., hauteur 20 cm. Le bord antérieur de la rate atteint la ligne parasternale gauche.

Foie : également hypertrophié, dépasse de 3 travers de doigt les dernières côtes.

Examen de sang du 4 février 1896 :

Globules rouges : 1.150.000.

Rapport des globules blancs aux rouges : 1 : 700.

L'œdème ayant complètement disparu, la malade se lève 1 heure, le 9<sup>e</sup> jour.

Examen de sang du 13 février :

Globules rouges : 2.628.160.

Rapport des gl. blancs aux rouges 1 : 60.

Hgl. : 25 0/0. Pas de glolubes à noyaux, pas de cellules éosinophiles.

Traitement : Arsenic.

Le 19 février 1896, la rate a diminué de volume.

Examen de sang. — Hgl. : 35-40 0/0. Gl. R. : 4.677.600.

Rapport gl. blancs aux rouges : 1 : 100. Pas de poikilocytose ni de microcytes.

Le 26 février, bord inférieur de la rate n'est plus qu'à 1 travers de doigt au-dessous des côtes. Les souffles anémiques étaient plus faibles, la peau moins pâle. Examen de sang. — Hgl. : 40-45 0/0. Gl. R. : 3.200.000.

4 mai 1896. — Hgl. : 45 0/0. — Gl. R. : 4.640.000.

Les joues de la malade sont plus colorées, le souffle anémique a disparu ; le pouls est plein, bien frappé.

La matité de la rate s'étend de la 7<sup>e</sup> côte jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de la dernière côte.

Le bord inférieur du foie est encore à 4 travers de doigt au-dessous de la dernière côte.

La malade, qui était sortie en mars, est revue le 19 dé-

cembre 1896, elle a pu reprendre son travail, ne se plaint que de légères douleurs dans le côté droit.

Règles 12 semaines après le post partum, régulières.

Visage légèrement coloré, muqueuses rouge pâle.

Choc de la pointe entre la 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côte.

Limite supérieure du foie à la 5<sup>e</sup> côte. Limite inférieure à 2 travers de doigt au-dessous de la dernière côte. Sur la ligne parasternale on sent à la paroi du foie une tumeur grosse comme une petite pomme, élastique.

Le bord inférieur de la rate ne dépasse pas le bord inférieur des côtes. Matité de la rate : Hauteur 10,5, longueur 12 cm.

Urines sans albumine.

Examen du sang :

Hémoglobine : 60 0/0.

Globules rouges : 3.800.000.

## CHAPITRE IV

Nous allons voir, en étudiant par le détail nos observations, s'il est des conditions plus ou moins favorables à la *guérison* de l'anémie pernicieuse gravidique.

### I° ETIOLOGIE

#### a) AGE

L'âge des malades a-t-il une influence sur l'anémie pernicieuse gravidique ? et en particulier sur sa guérison ?

Y a-t-il un âge où la maladie semble être plus fréquente ?

Certains auteurs le nient :

*Deluen* (thèse de 1913) prétend que cette maladie se rencontre « sans prédominance plus marquée à un âge plutôt qu'à un autre ».

De même pour *Plicot* : l'âge n'a aucune importance.

*Sbisa* est persuadé que la jeunesse est la période la plus favorable au développement de l'anémie pernicieuse.

En réalité, cette affection se rencontre à tous les âges de la vie génitale de la femme, et c'est de 20 à 40 ans que se place généralement la période d'activité génitale.

*Immermann* écrit : « Il me semble d'après mes observations que la maladie soit plus fréquente chez les femmes de 20 à 40 ans ».

*Kindleys* donne les chiffres suivants :

Sur 191 cas il y aurait eu :

- 11 malades âgées de moins de 20 ans,
- 149 de 20 à 40 ans,
- 28 de 40 à 45 ans,
- 8 au-dessus de 45 ans.

Dans *Tchertkoff*, sur 87 cas, il y a :

- 1 cas au-dessous de 20 ans,
- 41 cas de 20 à 30 ans,
- 43 cas de 30 à 40 ans,
- 2 cas de 40 à 43 ans.

*Scheveler* relève :

- 7 cas de 20 à 25 ans,
- 14 cas de 25 à 30 ans,
- 23 cas de 30 à 40 ans,
- 3 cas après 40 ans.

Pour notre part, nous ne nous sommes occupés que des cas à évolution favorable. Qu'y trouvons-nous ? Il y a 65 observations où l'âge des malades est précisé.

De 20 à 29 ans inclus, nous relevons 24 malades,

De 30 à 42 ans, nous relevons 41 malades.

Faut-il conclure que les malades de 30 à 40 ans guérissent plus facilement que les autres ? Nous pensons plutôt que l'anémie pernicieuse gravidique atteint en général les femmes entre 20 et 40 ans, avec une prédilection pour les femmes de 30 à 40 ans, et que l'âge des malades n'a pas d'influence, en lui-même, sur la guérison.

b) LA MULTIPARITÉ

Que dire de la multiparité ? Elle est, suivant les auteurs, d'importance variable.

*Tchertkoff* ne lui donne qu'un rôle secondaire. Sur 87 observations, 30 o/o des cas n'ont eu que 2 grossesses, et 15 sont des primipares.

*Scheveler* : sur 52 cas,

- 9 sont I pares,
- 7 sont II pares,
- 5 sont III pares,
- 12 sont IV pares,
- 8 sont V pares,
- 3 sont VI pares,
- 2 sont VII pares,
- 3 sont VIII pares,
- 3 sont IX pares.

Chez *Gusserow*, par contre, nous ne trouvons qu'une primipare. Quant aux autres, l'une avait eu 7 grossesses en 7 ans, l'autre 7 en 10 ans. Pour les autres malades, l'une était à sa 10<sup>e</sup> grossesse en 10 ans, l'autre à sa 6<sup>e</sup> grossesse en 9 ans.

Pour *Hayem*, les femmes atteintes ne sont pas des primipares, elles ont eu des grossesses répétées à courts intervalles.

Selon *Robert*, « pendant la grossesse, le sang subit des modifications, et après l'accouchement l'équilibre se rétablit, le sang revenant rapidement à son état normal ; mais si la femme devient rapidement enceinte, l'organisme n'a pas le temps de réparer ses forces ».

Selon notre Maître, M. *Aubertin*, « les grossesses répétées ne semblent pas agir de façon à provoquer un trouble de nutrition qui produirait l'anémie pernicieuse en dehors de toute gestation » ... « l'anémie pernicieuse des multipares exige pour se produire une nouvelle gestation ». Il note de plus que l'anémie pernicieuse peut se rencontrer chez des primipares jeunes et que la gestation suffit à elle seule pour entraîner chez certaines femmes prédisposées l'apparition d'une anémie grave.

Néanmoins, il confirme la notion classique : à savoir que les malades observées ont eu, le plus souvent, des gestations nombreuses ou très rapprochées.

Si nous envisageons l'influence de la multiparité au point de vue de la guérison, nous pouvons, dans 66 de nos observations, relever le nombre des grossesses.

7 sont I pares,  
9 sont II pares,  
9 sont III pares,  
16 sont IV pares,  
5 sont V pares,  
7 sont VI pares,  
3 sont VII pares,  
5 sont VIII pares,  
5 sont IX pares.

Donc : 41 malades guéries eurent de 1 à 4 grossesses ;  
25 de 5 à 9.

Il semble que nous soyons autorisés à conclure, que les grandes multipares atteintes, guérissent moins facilement que les autres malades ?

c) MISÈRE, PRIVATIONS ET MAUVAISES CONDITIONS  
HYGIÉNIQUES

Les privations, misère physiologique, mauvaises conditions hygiéniques ont été notées par tous les auteurs comme cause prédisposante importante à l'anémie pernicieuse gravidique.

*Trousseau, Biermer, Quincke, Paul Müller, Hayem, Grawitz, etc..., etc...* invoquent tous ces facteurs.

Il est très certain qu'une mauvaise alimentation, des fatigues physiques demesurées, un allaitement continué trop longtemps dans de mauvaises conditions, le manque d'hygiène, les soucis et la misère peuvent être une cause adjuvante à une prédisposition. Notons aussi l'alcoolisme mentionné par *Roger, Jousselin*, pour qui l'absorption journalière d'alcool constituerait un facteur important.

La profession n'est pas souvent indiquée dans les observations, mais rarement les malades appartiennent à une classe aisée. Il s'agit presque toujours de femmes qui travaillent : couturières, journalières, ouvrières d'usines.

Néanmoins, on a beaucoup exagéré l'importance de ces faits, assez négligeables somme toute. Bien entendu, ils ne favorisent pas la guérison, mais ne l'empêchent nullement : Les 68 malades de nos observations, qui ont guéri, ne sont pas d'un milieu plus favorisé que les autres malades.

N'y a-t-il pas d'autres facteurs plus importants susceptibles de déterminer une prédisposition plus nette à la

maladie et d'influer sur l'évolution de la maladie et sur sa guérison : Nous voulons parler des :

d). ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET SURTOUT  
DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Nous trouvons, dans l'observation de *Harry Burke Schmidt* (Obs. 58), que la mère de la malade était morte à 28 ans, d'une anémie pernicieuse gravidique. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ? ou l'hérédité s'est-elle fait sentir ?

A part ce cas, nous ne trouvons rien qui puisse être en faveur d'une prédisposition héréditaire quelconque. Les antécédents personnels, par contre, nous semblent créer une prédisposition plus importante. Cependant on a beaucoup exagéré le rôle de la *tuberculose* comme cause prédisposante de l'anémie pernicieuse. Nous n'en avons relevé que quelques cas au cours de nos différentes lectures, et seulement deux cas parmi les observations de guérison.

En ce qui concerne la guérison de l'anémie pernicieuse gravidique, il est bien évident que tout ce qui met la malade en état d'infériorité, tuberculose ou autre maladie, diminue les chances de guérison.

A côté de la tuberculose on a parlé de l'*anémie* et de la *chlorose*. Fréquentes sont nos malades qui se plaignent d'avoir souffert d'anémie et de chlorose depuis leur puberté. Cela ne constitue pas un obstacle à la guérison puisqu'au cours de nos observations nous en avons rencontré 13 cas. Quant à la *syphilis*, elle nous semble jouer un rôle

plus important. Nous ne trouvons que 13 observations, où la réaction de Wasserman fut faite, 6 étaient positives. Il est donc regrettable que cette recherche n'ait pas été pratiquée systématiquement dans tous les cas d'anémie pernicieuse gravidique. Nous aurions certainement des chiffres bien plus intéressants à donner. Quoi qu'il en soit, la *syphilis héréditaire ou acquise* joue dans certains cas un rôle actif. La malade de M. Aubertin en est un exemple (1). Cette femme présentait une anémie pernicieuse gravidique avec un Wasserman positif. On lui fit un traitement, avant son accouchement, sans qu'aucune amélioration s'ensuive. Mais aussitôt le fœtus expulsé, l'amélioration se fit très rapidement, sans qu'aucune autre médication n'ait été donnée.

Donc, à notre avis, alors que les autres causes généralement invoquées ne nous ont pas toujours semblé jouer un rôle dans les observations que nous avons relevées, il faut insister sur celui de la *syphilis*, car si le traitement spécifique à lui seul n'est pas suffisant à amener la guérison de l'anémie pernicieuse gravidique, tout au moins est-il susceptible, dans un certain nombre de cas, de la favoriser fortement.

## II° SYMPTOMES

DÉBUT. — Le début réel de la maladie est tellement insidieux qu'il est impossible de dire quand elle a com-

---

(1) Nous n'avons pu avoir cette observation à temps pour la publier. M. Aubertin doit la faire paraître dans un article prochain.

mencé. Les malades ne s'en aperçoivent qu'au bout d'un certain temps, quand la faiblesse les force à se reposer ou à s'aliter. Si on pouvait dès ce moment faire un examen de sang, on verrait déjà combien les malades sont anémiques. Cependant, dans un certain nombre de nos observations, le début des tous premiers symptômes a été signalé et nous trouvons les chiffres suivants : sur 50 malades, 19 les font remonter avant le 5<sup>e</sup> mois de gestation, et 31 à 6 mois et au-dessus, réparties de la façon suivantes :

11 à 6 mois,

7 à 7 mois,

9 à 8 mois,

4 au début du 9<sup>e</sup> mois.

D'après ces chiffres, il y aurait donc, dans nos cas de guérison, un maximum de début à 6 mois et à 8 mois.

C'est généralement la *pâleur* et la faiblesse qui attirent en premier lieu l'attention de la malade ou de son entourage. Presque toujours les premiers comme symptômes, ils ne manquent jamais. Très spéciale, la pâleur ne ressemble en rien à l'aspect jaunâtre des cancéreux, ou à l'aspect pâle grisâtre des brightiques. Légère au début, elle va en s'accroissant ; les téguments prennent peu à peu une teinte cireuse que *Hayem* compare à la pâleur de la mort. Les muqueuses se décolorent également : lèvres, gencives, langue, conjonctives deviennent exsangues.

La *faiblesse*, d'abord assez légère, devient rapidement considérable. Dans toutes nos observations, elle oblige les malades à s'aliter. Souvent elle s'accompagne d'une asthénie marquée et de somnolence.

Dans toutes nos observations de guérison, nous avons trouvé d'une façon constante ces deux symptômes.

La *dyspnée*, rarement première en date, est un des symptômes les plus fréquents. Nous la trouvons 37 fois sur 68 dans nos cas qui ont guéri. C'est une dyspnée « *sine materia* ». Elle peut être continue, permanente, obligeant la malade à garder le lit. D'autres fois, au contraire, elle ne survient qu'à la suite d'efforts, ces derniers pouvant être très minimes, ou de simples mouvements. A part la dyspnée que nous avons envisagée spécialement, à cause de son importance, nous ne trouvons qu'exceptionnellement d'autres troubles respiratoires. L'auscultation des poumons est le plus souvent négative. Très rarement seulement, on entendra quelques râles de congestion aux bases.

Notons, cependant, à côté de la dyspnée, la *toux*. Cette dernière assez tenace vient ajouter une gêne de plus à la malade. Nous l'avons rencontrée dans un certain nombre d'observations.

L'*amaigrissement* ne peut compter parmi les symptômes de l'anémie pernicieuse gravidique, car il est assez rare, du moins dans les cas de guérison que nous avons étudiés. Nous n'avons rencontré qu'un ou deux cas d'amaigrissement extrême, néanmoins suivis de guérison.

Par contre 50 de nos malades sur 68 présentent des *œdèmes*. Cet œdème se porte surtout sur les extrémités inférieures. Débutant le plus souvent sur le dos du pied, il gagne les malléoles puis s'étend peu à peu à tout le membre. Les membres supérieurs peuvent à leur tour

s'œdématier totalement, mais le plus souvent on ne rencontre des œdèmes que sur le dos des mains.

Nous avons même observé certains cas de guérison, où les œdèmes remontaient au niveau des parois de l'abdomen et du thorax (Beckman III, obs. 8). D'autres où la face seule était prise; œdème des paupières, bouffissure du visage; d'autres enfin où l'œdème était complètement généralisé (Nœgli, obs. 19). Dans quelques observations il y avait en même temps de l'ascite et de la pleurésie (Nœgli-Beckman III).

Quels sont les caractères de cet œdème ? Il est mou, blanc, augmenté par la station debout. Par contre, il ne cède pas à l'alitement, ni au régime lacté, ni au régime déchloruré. Il disparaît tout seul après l'accouchement.

Selon *M. Aubertin*, l'œdème serait un symptôme particulièrement fréquent et intense dans l'anémie pernicieuse gravidique par rapport aux autres anémies, d'où sa tendance à considérer l'œdème comme un des symptômes essentiels de cette forme d'anémie grave. Mais *M. Aubertin* ne considère que les cas globaux. Dans nos cas de guérison, 18 malades n'en ont pas présenté. Il semble donc que l'œdème se voit un peu plus rarement dans les cas qui ont guéri.

Par conséquent, l'absence d'œdème est un signe de bon augure, mais il serait inexact de dire que la présence d'œdème soit d'un mauvais pronostic.

TROUBLES DIGESTIFS. — Ils font quelquefois leur apparition tout au début de la maladie. Dans tous les cas, ils

manquent rarement à la période d'état. Ils consistent en vomissements et en diarrhée.

Les *Vomissements*, irréguliers comme fréquence, existent à tous les degrés, pouvant aller jusqu'à l'intolérance gastrique presque absolue. Nous les avons trouvé 18 fois sur 67. Il faut les distinguer des vomissements incoercibles de la grossesse qui existent dès le début de la gestation. Les vomissements, que nous voyons ici, se produisent plutôt tardivement, alors que l'état anémique est déjà avancé. Ils semblent être la conséquence, plutôt que la cause de l'anémie. Quelques malades ont même, comme celle de Paquet, des vomissements sanguinolents (obs. 23).

La *diarrhée* est plus fréquente dans nos observations que les vomissements. Nous la rencontrons chez 25 malades sur 68. C'est une diarrhée muqueuse ou aqueuse, jaune ou verdâtre, pouvant être d'odeur très fétide. Les malades ont de 2 à 15 selles par jour. Dans les analyses qui ont été faites, on n'a jamais trouvé d'œufs de parasites ni de parasites. Seule l'observation de Paquet relate l'expulsion de 2 ascaris. Cette diarrhée semble, comme les vomissements, liée à l'état anémique, car comme eux nous verrons qu'elle diminue et disparaît avec la guérison.

TRoubles URINAIRES. — L'*albuminurie* est le symptôme le plus fréquent. Cependant nous ne la trouvons que 27 fois sur 68 dans nos cas de guérison. Elle serait donc moins fréquente que l'œdème. Dans nos observations, cette albuminurie ne dépasse jamais 0 gr. 50 par litre. Le plus souvent, nous n'avons relevé que des traces d'albumine.

mine, et exceptionnellement 5 gr. par litre comme dans le cas de Joussewitch (obs. 11). Ses caractères essentiels sont l'intermittence, et sa disparition rapide après l'expulsion du fœtus.

Existe-t-il un rapport entre l'œdème et l'albuminurie ?

M. Aubertin a observé dans bien des cas des œdèmes notables et même considérables sans albuminurie. Voici les chiffres que nous trouvons dans nos observations de guérison :

25 cas avec œdèmes et albuminurie,

25 cas avec œdèmes sans albuminurie,

2 cas avec albuminurie sans œdèmes.

Donc, la coexistence possible de l'albuminurie et de l'œdème tient à ce que œdème et albumine sont des symptômes tous deux habituels de l'anémie pernicieuse gravidique, et non pas à ce qu'ils sont liés l'un à l'autre par un rapport direct.

Dans plusieurs observations, l'urée sanguine fut recherchée. Elle était absolument normale comme dans le cas de M. Cleisz (obs. 26). La diurèse est généralement diminuée avant l'accouchement. Elle se relève très rapidement aussitôt l'accouchement.

**TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES.** — Ils existent dans tous nos cas de guérison, à un degré plus ou moins fort. En général, on constate toujours une matité cardiaque un peu augmentée. C'est surtout le cœur droit qui se laisse légèrement dilater.

Les souffles sont systoliques ou diastoliques, s'enten-

dant en général, soit à tous les foyers, soit à la pointe ou à la base, soit au contraire dans la zone mésocardiaque.

L'examen des jugulaires montre, outre la danse des jugulaires, des souffles intenses ou des bruits de rouet.

La coexistence des souffles cardiaques et de la dyspnée a pu souvent faire penser à une affection cardiaque. Mais après l'accouchement, on voit ces symptômes diminuer peu à peu d'intensité.

Le pouls est petit, dépressible, souvent dicrote. Ordinairement, il est très rapide.

Quant à la tension artérielle, si quelques fois elle est normale, le plus souvent elle est abaissée. Très rarement on la trouvera augmentée comme dans le cas de MM. Vermelin-Vigneul (20-11).

Enfin, nous noterons que dans certains cas la malade présentait antérieurement une cardiopathie. C'est ainsi que dans l'observation de Joussewitch (observ. 11), de Clerc (observ. 4), nous voyons des rétrécissements mitraux avec crachats sanguinolents. Malgré cela, ces malades ont pu guérir de leur anémie pernicieuse gravidique.

*Nægli* (obs. 19) note une péricardite qui survient chez sa malade, au cours de l'anémie pernicieuse de la grossesse. Non seulement cette malade a guéri, mais encore, elle a eu depuis 3 nouvelles gestations.

**FOIE ET RATE.** — Le foie est assez rarement augmenté de volume. Pour notre part, nous notons 10 hypertrophies sur 68 cas. Dans plusieurs cas, coexistence de l'hypertrophie du foie avec celle de la rate, hypertrophie dont *M. Aubertin* a signalé la grande importance dans l'anémie

pernicieuse gravidique par rapport aux autres anémies. Nous la relevons 27 fois sur 68. Souvent perceptible, quelquefois douloureuse, la rate peut être très fortement hypertrophiée et dépasser de 3, 4, 5 travers de doigt le bord inférieur des côtes. Dans bien des cas, l'utérus gravide empêche la constatation de l'hypertrophie, et ce n'est qu'après l'accouchement que l'examen permettra de déceler cette augmentation de volume. Notons que cette hypertrophie de la rate, quand elle existe, est en général assez lente à régresser et qu'elle persiste quelquefois après la guérison.

Si l'hypertrophie de la rate révélée dans 27 cas sur 68 ne constitue pas une condition de guérison, cependant semblables aux autres symptômes principaux, nous pouvons dire qu'elle n'est pas *a priori* contraire à une évolution favorable.

HÉMORRAGIES. — Considérées comme importantes dans les anémies graves, nous les voyons 31 fois sur 68 cas. Ce sont les *hémorragies rétinienne*s que l'on rencontre le plus souvent. On a prétendu que ces hémorragies étaient d'un mauvais pronostic, et cependant, sur 68 observations, on signale 15 cas dans lesquels ces hémorragies rétiniennes furent reconnues à l'examen du fond de l'œil, et 4 cas où des troubles visuels importants existaient, mais où l'examen n'avait pu être fait. Elles ne sont donc pas d'un aussi mauvais pronostic qu'on veut bien le dire. Ces hémorragies siègent autour de la papille. On peut en rencontrer 4, 5, parfois plus, de forme allongée, de coloration rouge ou brune avec une tache claire

au centre. Elles peuvent s'accompagner de rétinite et d'œdème papillaire.

Viennent ensuite les *épistaxis* que nous relevons dans 10 cas sur 68. Rarement uniques, le plus souvent multiples, elles sont parfois assez importantes pour nécessiter un tamponnement postérieur.

Bien plus rares sont les autres hémorragies. Nous ne trouvons que 2 fois du purpura, une gingivorragie, des petites pertes sanguinolentes, une hématoméso.

TROUBLES NERVEUX. — Nous avons vu que la faiblesse était accompagnée d'asthénie. Cette dernière augmente jusqu'à l'accouchement, et nous la trouvons dans tous les cas. Dans certaines de nos observations, l'asthénie s'accompagne de torpeur, de somnolence qui peuvent durer plusieurs jours.

Dans un cas, au contraire, la malade présentait des accès de délire (Ecalte, obs. 22), qui ont fait craindre une crise de manie puerpérale. Du reste, d'après plusieurs auteurs, l'apparition de l'agitation serait d'un très mauvais pronostic, voire même un indice de la mort prochaine. Rien d'étonnant donc, à ce que nous n'ayons remarqué cette période d'agitation et de délire, qu'une seule fois nettement, au cours de nos observations de guérison.

TROUBLES DES SENS. — Dans nos observations, c'est surtout la *céphalée*, à tous les degrés, qui est la plus notée. Souvent aussi, on voit des *bourdonnements d'oreilles*, des *éblouissements*, des *vertiges* pouvant aller jusqu'aux syncopes.

TROUBLES GÉNÉRAUX. — La température est très variable. Nous la trouvons 41 fois sur 68. Mais il faut distinguer la température propre à l'anémie pernicieuse et celle qui peut survenir après l'accouchement, à la suite d'une légère infection. Nous pouvons dire, qu'avant l'accouchement, la température ne dépasse guère 38°. Après l'accouchement, nous trouvons dans certains cas 39 et 40°. Doit-on attribuer cette élévation à une légère infection utérine ? Il nous semble que non, car dans bien des cas, cette température ayant surpris le médecin, des recherches furent faites, et on ne trouva ni lochies fétides, ni quoi que ce fut, qui put faire penser à une infection. En tout cas, ce que nous pouvons dire c'est que la température ne nuit pas à la guérison.

Nous avons retrouvé dans la majorité de nos cas de guérison l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire.

Aucun ne nous semble de nature à assombrir très spécialement le pronostic, car beaucoup de nos malades ont guéri malgré l'exagération parfois très nette de ces symptômes.

### III° HÉMATOLOGIE

Le travail de *M. Aubertin* est le seul jusqu'à présent, dans lequel on puisse trouver une étude approfondie sur les examens de sang, au sujet de l'anémie pernicieuse gravidique. Il nous semble logique d'étudier ici l'hématologie avant l'accouchement, puis nous verrons dans le

chapitre évolution les modifications qui se produisent après l'accouchement. Nous n'aurons en vue que les seuls cas de guérison.

CHIFFRE GLOBULAIRE. — Nous ne possédons que 33 observations de guérison avec examens de sang avant l'accouchement, et parmi ces 33, il n'en est que 11 seulement avec plusieurs examens ; ces derniers nous permettront d'étudier la chute progressive des globules rouges.

Le chiffre globulaire est presque toujours au-dessous de 2.000.000, réparti de la façon suivante :

10 entre 500.000 et 1.000.000,

12 entre 1.000.000 et 1.500.000,

8 entre 1.500.000 et 2.000.000,

3 au-dessus de 2.000.000.

Le chiffre le plus bas que nous ayons trouvé avant l'accouchement, est de 600.000 (Esch, obs. 33).

Ces chiffres nous montrent donc, qu'on ne peut pas se baser uniquement sur la déglobulisation pour faire un pronostic, puisque toutes ces femmes ont guéri. Ils réfutent de plus, la théorie de Bonnaire qui affirme que, lorsque, chez la femme enceinte avant l'accouchement, le nombre des globules rouges descend au-dessous de 2.000.000, la femme est perdue.

Nous n'avons relevé que 11 observations notant plusieurs examens de sang avant l'accouchement. De cette étude, il résulte que dans la majorité des cas (8 sur 11), la diminution des globules se fait progressivement, et parfois très rapidement jusqu'à l'accouchement.

C'est ainsi que dans l'observation de Varaldo (obs. 66),

le chiffre globulaire tombe en 5 jours de 1.050.000 à 889.000 ; dans le cas de Cléisz (obs. 26), de 1.500.000 à 837.000 en 8 jours. Dans le cas de Voron-Gerest (obs. 9), en 3 jours, de 770.000 à 750.000. Dans le cas de Clivio, (obs. 18) en 3 jours, de 1.527.000 à 1.034.000. Dans le cas de Clivio (obs. 64), en 12 jours, de 1.090.000 à 1.025.000. Dans le cas de Ravano (obs. 63), en 3 jours, de 1.520.000 à 1.512.000. Enfin dans le cas de Sauvage et Vincent (obs. 32), malgré une thérapeutique énergique, le chiffre globulaire est tombé en 3 mois de 800.000 à 720.000 ; entre temps, il avait pu remonter péniblement à 1.068.000.

Dans 3 cas seulement, nous voyons les globules rouges augmenter avant l'accouchement :

Cas de *Chaton* (obs. 6). — A son entrée, le 24 avril 1922, la malade présente 906.250 gl. r. Le 26, on lui fait une transfusion de 500 gr. de sang citraté. Le 28, la numération globulaire montre 1.321.506 gl. r. Le 5 mai, 1.112.500 gl. r. Le 6 mai, nouvelle transfusion de 500 gr. de sang. Le 9 mai, 1.501.250 gl. r. Le 13 mai, nouvelle transfusion de 500 gr. L'accouchement prématuré a lieu le 14 mai. Donc en 15 jours augmentation de 595.000 gl. r.

Cas de *Lellouche* (Obs. 21). — Malade entrée le 10 mars avec 2.520.000 gl. r. Le 13 mars autohémothérapie. Le 15 mars 3.600.000 gl. r. 2<sup>e</sup> autohémothérapie (15 cc de sang pris dans la veine basilique et injecté aussitôt dans la cuisse). Le 18 mars, 4.300.000. Le 22 mars, 3<sup>e</sup> autohémothérapie. La numération donne 4.200.000 gl. r.

L'accouchement a lieu le 17 avril. Donc en 12 jours augmentation de 1.680.000 gl. r.

Cas de *Weber* (Obs. 41). — Le 29 février, 1.580.000 gl. r. Le 1<sup>er</sup> mars, injection intraveineuse de 4c<sup>3</sup> de sang défibrinisé. Le 3 mars, 1.610.000 gl. r. Le 9 mars, 2<sup>e</sup> transfusion de 4,5c<sup>3</sup> de sang défibrinisé. Le 11 mars, 2.000.000 gl. r. Le 21 mars, 3<sup>e</sup> transfusion. Le lendemain, accouchement. L'augmentation est donc là de 420.000 gl. r. en 12 jours.

Nous nous sommes permis de donner quelques détails sur ces 3 cas, tellement ils nous paraissent exceptionnels. Encore est-il à remarquer que ces malades subissaient à ce moment des traitements de transfusion de sang. Cette augmentation des globules n'est-elle pas imputable à la thérapeutique ?

Cnocluons donc que la règle générale est, avant l'accouchement, une chute globulaire. Nous verrons dans la suite que l'augmentation spontanée des globules rouges ne peut se produire qu'après l'accouchement.

HÉMOGLOBINE ET VALEUR GLOBULAIRE. — L'hémoglobine subit une diminution très considérable, mais dans une proportion moindre que le chiffre globulaire, de telle sorte que la valeur globulaire est élevée et très souvent supérieure à 1. C'est ainsi que dans beaucoup de nos observations, on trouve comme valeur globulaire 1,5 - 1,1 - 1,3 etc. On ne peut donc considérer cette augmentation de la valeur globulaire comme étant d'un mauvais pronostic. C'était cependant là la théorie préconisée par les anciens classiques. *M. Aubertin* l'a déjà fortement battue

en brèche en montrant que l'augmentation de la valeur globulaire est surtout un phénomène en rapport avec la régénération du sang. Nos observations confirment cette nouvelle théorie.

LÉSIONS GLOBULAIRES. — Nous n'insisterons pas sur les lésions globulaires telles que la poïkilocytose, l'anisocytose, la polychromatophilie. Ce sont là des phénomènes de régénération qui existent dans toute anémie plastique. Dans tous nos cas de guérison, ces phénomènes ont été constants, et nous les avons toujours notés dans toutes les observations. Bien plus intéressante, est l'étude des globules rouges nucléés. Nous y insisterons longuement.

GL. R. NUCLÉÉS. — Les 2 principales formes de gl. r. nucléés que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'anémie pernicieuse sont le normoblaste, globule de la taille d'un globule rouge ordinaire, présentant un petit noyau rond extrêmement foncé, et le mégaloblaste, d'une taille plus grande que le précédent avec un noyau volumineux beaucoup moins foncé.

Bien plus rares sont les microblastes et les gigantoblastes. Nous n'avons trouvé ces derniers qu'exceptionnellement dans toutes les observations de guérison étudiées, et dans presque tous les cas, seulement après l'accouchement. Sur les 33 observations, où l'examen de sang fut fait avant l'accouchement, nous ne trouvons des globules nucléés que dans 21 cas. Cette différence tient surtout à notre avis à ce que dans certains cas les examens ne furent pas faits complètement. Il existe cependant quelques observations où les auteurs notent l'absence des gl. rouges

nuclées. (Observations de Voron Barlatier (obs. 12), de Voron Gerest (obs. 9), etc.

Les globules rouges nucléés sont généralement en quantité modérée avant l'accouchement (de 1 à 4 %). Pourtant certains auteurs donnent des chiffres plus élevés. Dans l'observation de Audebert (obs. 39), il avait 6,2 gl. r. nucl. pour 100 leucocytes; dans celle de Jousselin (obs. 29) 15 %; dans celle de Pontano (obs. 2) 16 %. Enfin dans deux observations nous avons trouvé des chiffres formidables : C'est ainsi que dans l'observation de Jungman (obs. 31), on trouve 96 gl. r. nucléés pour 100 leucocytes : 11.900 globules rouges nucléés par 1 m<sup>3</sup> de sang. Dans l'observation de Weber (obs. 41), 54 gl. r. nucléés pour 100 leucocytes.

Ce sont généralement les *normoblastes* qui prédominent. Dans l'observation de Joussevitch (obs. 38) nous trouvons avant l'accouchement 2,2 % de normoblastes. Dans le cas de Jungman (obs. 30) il y en avait 3 %. Dans celui de Pontano (obs. 2) 5 o/o. Rarement on en trouve 12 o/o comme dans l'observation de Jousselin (obs. 29), et ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on trouve comme dans l'observation de Weber (obs. 41) 12-15-51,5 normoblastes pour 100 leucocytes (dans 3 examens faits avant l'accouchement) et 85 normoblastes pour 100 leucocytes dans l'observation de Jungman (obs. 31). Quant aux *mégalo-blastes*, ils sont en général moins nombreux. C'est ainsi que nous relevons les chiffres de 0,8 o/o, 1,33 o/o, 3 o/o. Dans l'observation de Weber (obs. 41) déjà citée plus haut, il y en avait avant l'accouchement 2,3 o/o, 8,6 o/o, 2,5 o/o. Dans le cas de Jungman (obs.

31) 11 0/0 de mégalo blastes. Enfin dans l'observation de Pontano (obs. 2) nous relevons 11 mégalo blastes pour 100 leucocytes.

En présence de ces chiffres, pouvons-nous tirer une conclusion au sujet de la guérison de l'anémie pernicieuse gravidique ? Non, malheureusement, car nous ne possédons pas le pourcentage exact des globules rouges nucléés dans la plupart des cas. Nous ne pouvons que constater leur présence, ce qui nous prouve que chez tous ces malades guéris, il y a eu une réaction de défense assez vive dès le début. La présence de globules rouges nucléés dans le sang avant l'accouchement n'est du reste pas absolument obligatoire pour guérir, puisque dans quelques cas l'examen n'en a pas décelé. Nous concluons seulement que cette présence est propice à une évolution favorable.

CHIFFRE LEUCOCYTAIRE. — S'il est classique de dire que dans l'anémie pernicieuse il y a leucopénie, on ne peut le dire pour l'anémie pernicieuse gravidique.

Voici les chiffres que nous avons trouvé dans 29 cas de guérison, où le chiffre leucocytaire était marqué avant l'accouchement : 7 fois le chiffre des globules blancs étaient entre 2.600 et 5.000, 9 fois entre 5.000 et 10.000, 12 fois entre 10.000 et 15.000, 1 fois au-dessus de 15.000. Autrement dit 22 fois sur 29 le chiffre leucocytaire était au-dessus de la normale. Nous verrons au cours de l'évolution que les globules blancs ont encore tendance à augmenter et que cette augmentation n'a aucun rapport, dans presque tous les cas, avec une légère infection utérine. Nous pouvons dire tout de suite que nous considérons cette

augmentation des globules blancs comme étant plutôt d'un bon pronostic. Nous ajouterons que dans les quelques cas, où plusieurs examens furent faits avant l'accouchement, il est à remarquer que le chiffre leucocytaire est sujet à des variations. C'est ainsi que dans l'observation de Sauvage et Vincent (Obs. 32) nous trouvons avant l'accouchement les chiffres de 30.000, 32.000, 40.000, 15.200, 32.200, 20.000, 16.400, 21.200, 16.200.

FORMULE LEUCOCYTAIRE. — On trouve dans presque toutes les observations une augmentation des polynucléaires neutrophiles et cela surtout après l'accouchement. Cette prédominance des polynucléaires est spéciale à l'anémie gravidique. On ne la rencontre pas en effet dans l'Anémie pernicieuse, cette dernière présentant au contraire presque toujours un abaissement des polynucléaires aux environs de 50 o/o.

Sur 22 cas, où nous avons la formule leucocytaire avant l'accouchement, nous trouvons 8 fois le nombre des polynucléaires à la normale (65) ou au-dessous.

14 fois entre 66 o/o et 89,5 o/o et sur ce dernier chiffre, 11 fois entre 70 et 89,5.

Donc en général l'augmentation des polynucléaires est très nette. Dans nos quelques cas de guérison, où le taux des polynucléaires était au-dessous de la normale, il est à remarquer que les globules nucléés présentaient un pourcentage élevé. C'est ainsi que dans le cas de Jousselin (obs. 29) il n'y a que 51 o/o de polynucléaires, par contre 15 o/o de globules rouges nucléés. Dans celui de Weber (obs. 41) 27 o/o de polynucléaires et 53,5 o/o de

gl. r. nucléés. Dans celui de Jungman (obs. 31) 58,6 pour 100 de polynucléaires et 96 o/o de gl. r. nucléés.

*Grawitz, M. Aubertin*, voient dans l'augmentation nette des polynucléaires neutrophiles, un signe de bon pronostic. Nos chiffres nous permettent de conclure dans ce même sens, et nous verrons à l'évolution que les polynucléaires augmentent souvent encore dans des proportions plus fortes.

Les Eosinophiles sont dans nos cas de guérison en chiffres à peu près normaux, et dans quelques cas rares légèrement au-dessus de la normale. C'est ainsi que dans l'observation de Audebert (obs. 39) il y a 3,4 o/o d'éosinophiles et dans l'observation de Pontano 6 o/o (obs. 2).

Quant aux mononucléaires et aux lymphocytes leur nombre ne présente rien de spécial, et varie suivant la prédominance des polynucléaires. Pour les mononucléaires, nous avons trouvé 9 fois le chiffre entre 1 et 4 o/o, et 9 fois entre 5 et 34 o/o. Pour les lymphocytes leur chiffre a toujours évolué entre 1 et 30 o/o. Seul Esch (obs. 33), note une lymphocitose marquée : 60 o/o.

Enfin comme dans toute anémie plastique nous trouvons des myélocytes et des formes de transition. Inutile de dire qu'avant l'accouchement nous ne les rencontrons que d'une façon modérée. Le chiffre des myélocytes varie en général entre 0,3 et 4 o/o. Dans l'observation de Jous-selin (obs. 29), il y en avait 5 o/o. Dans le cas de Jungman (obs. 31) 10,9 o/o avant l'accouchement.

Pour les formes de transition, le pourcentage est aussi, en général entre 0,5 et 3 o/o. Dans l'observation de Jous-selin (obs. 29), 7,5 o/o et dans celle de Jungman (obs. 31)

8,1 o/o. Nous ajouterons que dans certains cas, il n'y avait, avant l'accouchement, ni myélocytes ni formes de transition.

Dans toutes les observations que nous avons dépouillées, on ne fait que très rarement mention des *hématoblastes*. Audebert (obs. 39), les trouve abaissés avant l'accouchement (64.000). Vermelin (obs. 1), Jougman (obs. 30), les signalent, disent qu'il y en a peu ou qu'ils sont rares, mais n'en donnent pas le chiffre. Sauvage et Vincent (obs. 32) les trouve fortement augmentés avant l'accouchement, 605.000.

La *Coagulation du sang* et la rétraction du caillot sont généralement normaux. Quelques auteurs comme Sauvage et Vincent (obs. 32), Vallois et Coll de Carrea (obs. 5) notent une coagulation rapide du sang : 3 minutes, dans le cas de Vallois, d'autres au contraire comme Ecalle (obs. 22), notent une coagulation retardée (20 minutes).

Il en est de même pour la résistance globulaire. Normale en général, Vermelin, Vallois et Coll de Carrea cependant trouve une fragilité globulaire notable.

En résumé, nous voyons que si l'hématologie de l'anémie pernicieuse gravidique ressemble par de nombreux côtés à celle de l'anémie pernicieuse plastique, elle en diffère cependant, par le chiffre leucocytaire qui se trouve augmenté, et par la prédominance des polynucléaires avec une éosinophilie normale.

Au point de vue des conditions de guérison nous pouvons dire que :

— Une diminution assez forte du chiffre globulaire

ou une déglobulisation rapide n'assombrit pas le pronostic.

— Une valeur globulaire augmentée est un symptôme normal et ne nuit en rien à la guérison.

— La présence des globules nucléés avant l'accouchement est un signe de réaction de défense.

— Un fort chiffre leucocytaire et une polynucléose accentuée sont en faveur d'un bon pronostic.

Telles sont avant l'accouchement les caractères hématologiques de l'Anémie pernicieuse gravidique. Nous allons maintenant étudier l'évolution clinique et hématologique de nos cas de guérison et voir quelles conclusions nous pouvons en tirer.

## CHAPITRE V

### EVOLUTION

Nous pouvons diviser l'évolution des cas de guérison que nous avons étudiés en 3 groupes :

1° *Cas où la guérison s'est produite avant l'expulsion du fœtus ;*

2° *Cas où la guérison s'est produite après l'accouchement spontané ;*

3° *Cas où la guérison s'est produite après un accouchement provoqué.*

#### I. — CAS OU LA GUÉRISON S'EST PRODUITE AVANT L'EXPULSION DU FŒTUS.

Sur nos 68 observations de guérison, nous n'en avons pas relevé un seul. Nous avons cité plus haut 3 cas où les malades avaient pu être amélioré avant l'accouchement mais la guérison n'a eu lieu qu'après l'accouchement. En particulier le cas de *Lellouche* (obs. 21).

Le 22 mars 4.200.000 gl. rouges. Le 17 avril accouchement. Le 27 avril l'examen montre une chute des globules rouges : 3.140.000. Ce n'est qu'un mois après l'accouchement que le chiffre globulaire a atteint 4.120.000 et s'y est maintenu.

Puisque nous n'avons relevé aucun cas où la guéri-

son précède l'accouchement, nous nous croyons donc autorisés à dire que, ce dernier, soit spontané soit provoqué, est nécessaire et indispensable, à la femme atteinte d'anémie pernicieuse, pour guérir.

II. — CAS OÙ LA GUÉRISON S'EST PRODUITE APRÈS L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

Nous avons à envisager 3 catégories de malades :

- A) *Celle avec guérison après avortement spontané.*
- B) *Celle avec guérison après accouchement prématuré spontané.*
- C) *Celle avec guérison après accouchement à terme.*

A) GUÉRISON APRÈS AVORTEMENT SPONTANÉ.

Nous en avons trouvé 3 cas dans la littérature française et étrangère : nous laisserons de côté le cas de Baueisen (obs. 3) où aucun examen de sang n'est relaté, pour ne nous occuper que des cas de *Vermelin* (obs. 1) et de *Pontano* (obs. 2).

Dans la 1<sup>re</sup> observation, nous voyons que le début de l'anémie apparaît au 3<sup>e</sup> mois de grossesse. L'avortement se fait spontanément au 6<sup>e</sup> mois.

Dans le cas de Pontano, l'anémie apparaît dès le premier mois, et la malade avorte à 3 mois.

Chez ces 2 femmes donc, l'avortement s'est produit spontanément au bout de 3 mois de maladie.

La malade de Vermelin, très faible, dans un état d'asthénie profond présentait, outre des hémorragies rétiennes, une diarrhée intense avec une gangrène anale. L'avortement. Quelques jours plus tard le nombre des globules Le chiffre globulaire était tombé à 1.380.000. Survient

bules rouges était encore abaissé à 1.040.000. Puis brusquement l'amélioration se produit, l'état général se remonte rapidement, la diarrhée disparaît. Un mois après l'expulsion du fœtus, la femme était guérie et le taux des globules rouges redevenu normal. A noter que dès le premier examen de sang on trouvait des hématies nucléées, des myélocytes, des hémato blasts.

Dans le cas de Pontano, l'anémie était encore plus intense en ce sens que la malade avait déjà présenté de l'anémie pernicieuse à sa précédente grossesse (mai 1909, 870.000 gl. r.).

La numération globulaire montre 735.000 globules rouges le 5 octobre 1911, 16 jours avant l'avortement, avec 20 o/o d'hémoglobine et une valeur globulaire supérieure à 1. Pas d'hémorragies, mais une grosse hypertrophie de la rate. 12 jours après l'expulsion du fœtus la numération montre 2.075.000 gl. r.

L'état général s'améliore très rapidement, et au 21<sup>e</sup> jour on trouve 3.060.000 gl. rouges.

Pendant ce temps, l'hémoglobine montait à 45 puis 50 o/o et inversement la valeur globulaire descendait à 1,08 et 0,83. Cette malade présentait aussi dès le début des hématies nucléées : soit 5 o/o de normoblastes et 11 o/o de mégalo blasts. Enfin une leucocytose à 14.000.

Quelles conclusions pouvons nous tirer de ces deux cas ?

1<sup>o</sup> Les malades ont avorté spontanément au bout de 3 mois de maladie.

2<sup>o</sup> Dans les premiers jours après l'avortement le chiffre globulaire a encore baissé.

3° L'amélioration et l'augmentation des globules n'ont pu se faire qu'après l'expulsion du fœtus.

Cette amélioration, et cette augmentation des hématies se sont faites très rapidement.

Et il est très intéressant de noter dès à présent que ce sont les mêmes conclusions qui ressortiront après l'étude des autres catégories de malade.

#### B) GUÉRISON APRÈS ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

Sur nos 68 cas de guérison, nous en trouvons 17 après accouchement prématuré spontané.

Chez 16 de ces malades, le début des accidents avait eu lieu au bout de : 6 mois de grossesse (4 cas) 3-4-7 mois de grossesse (3 cas de chaque), de 1 mois (1), de 2 mois (1), de 8 mois (1).

L'accouchement prématuré a eu lieu à 8 mois  $1/2$  dans 2 cas ; à 8 mois dans 10 cas ; à 7 mois dans 3 cas, à 6 mois dans 1 cas.

Enfin, parmi ces femmes, 4 ont accouché prématurément au bout de 1 mois de maladie ;

5 au bout de 2 mois,

1 au bout de 3 mois,

2 au bout de 4 mois,

2 au bout de 5 mois,

2 au bout de 6 mois.

En résumé, 10 fois sur 16 (plus de la moitié), ces femmes ont accouché prématurément au bout de 3 mois au maximum d'anémie.

Suivons maintenant l'évolution de la maladie après l'expulsion du fœtus.

Dans une première période qui dure quelques jours, nous constatons en général une aggravation tant au point de vue clinique qu'au point de vue chiffres globulaires. La malade affaiblie par cet effort qu'est l'accouchement, lequel vient se surajouter à l'état d'asthénie occasionné par l'anémie pernicieuse, peut même succomber si la réaction myéloïde n'est pas bonne. C'est à ce moment que nous trouvons les chiffres globulaires les plus bas : 645.000 (Nœgli obs. 19), 850.000 (Clivio obs. 17), 850.000 (Roger obs. 10), 850.000 (Vallois et Coll obs. 5), 880.000 (Clivio obs. 18).

Puis, dans une 2<sup>e</sup> période, l'amélioration clinique et hématologique se fait brusquement. En quelques jours, nous voyons la malade changer d'aspect : l'état général est meilleur ; la température baisse ; l'appétit revient ; les œdèmes disparaissent ainsi que la dyspnée, les vomissements et la diarrhée. La diurèse est complète ; il n'y a plus d'albumine. L'amélioration va sans cesse en croissant et bientôt la malade se lève, s'anime, tandis que ses joues et ses lèvres, auparavant exsangues, se recolorent progressivement. A l'examen on constate lorsqu'elle existe, une diminution de l'hypertrophie de la rate et du foie. Au cœur les souffles s'atténuent et le pouls veineux disparaît.

Au point de vue hématologique, que constatons-nous ? Après cette première période où le chiffre globulaire était tombé assez bas, nous assistons à une augmentation parfois extrêmement rapide des globules rouges. C'est ainsi que dans le cas de MM. Vermelin-Vigneul (obs. 7), le taux globulaire est redevenu normal en 15

jours. Dans l'observation de Voron Barlatier (obs. 12), le chiffre passe de 840.000 à 3.600.000 en 22 jours. Dans celle de Robert (obs. 13), en 24 jours le nombre des globules rouges passe de 840.000 à 3.600.000, etc.

D'une façon générale, nous pouvons dire qu'en 2 mois, le chiffre des globules rouges est redevenu normal.

Sur les 11 cas, où le chiffre leucocytaire est noté après l'accouchement, nous n'en trouvons qu'un, celui de Nœgli (obs. 19), où le chiffre des globules blancs est demeuré au-dessous de la normale, 3 entre 5.000 et 6.500. 6 avec une leucocytose assez marquée : cas de Chaton (obs. 6) 13-11-10.000 gl. blancs, Voron Gerest (obs. 9) 14.000, Joussewitch (obs. 11), 12-6-8.000, Beckman (obs. 8) 14-4-6.000, Aubertin (obs. 14) 13-3-7-12-8-7.000, Roger (obs. 10) 28-12.000, Clerc (obs. 4) 20.500-8.000-10.800.

Dans la formule leucocytaire, nous constatons encore la prédominance des polynucléaires. Leur chiffre est parfois très élevé : 85 %, 87 %, 80 %. Sur les 8 observations où nous trouvons leur taux relaté, nous voyons que dans 7 cas le pourcentage est supérieur à 70 %. Dans la 8<sup>e</sup> observ. de Roger (obs. 10), il n'y avait que 49 % de polynucléaires, mais 31 % de mononucléaires et surtout 15 % de globules rouges nucléés.

La quantité d'eosinophiles reste normale ou légèrement supérieure à la normale.

Les mononucléaires sont, en général, en nombre supérieur à la moyenne, et dans certaines observations comme celles de Robert (obs. 13) et Joussewitch (obs. 11) nous trouvons des chiffres élevés, 31 %, 33 %. Les lym-

phocytes sont, par contre, toujours diminués, et il est très rare de trouver leur chiffre normal. Quant aux myélocytes, formes de transition, globules rouges nucléés, ils sont en augmentation notable après l'accouchement pour disparaître ensuite aussitôt que les globules rouges sont à 2.000.000 environ. Nous voyons donc combien la guérison tant clinique qu'hématologique se fait rapidement après l'accouchement.

ENFANTS. — Sur ces 17 accouchements, nous trouvons 8 enfants vivants à la naissance, mais 3 sont morts quelques heures après, 5 morts-nés dont 1 macéré.

3 cas sans renseignements sur les enfants. Sur ces 3 cas, il y avait 2 grossesses gémellaires.

Le poids des enfants vivants variait entre 1.000 et 2.000 grammes.

Pour nous résumer, nous voyons dans cette catégorie de malades, comme dans la précédente, que la majorité des femmes accouche prématurément au bout de 3 mois au maximum d'anémie ; qu'aussitôt l'accouchement, il y a une période apparente d'aggravation, puis que très rapidement la guérison se produit. Enfin cette guérison n'a pu se produire qu'après l'expulsion du fœtus.

#### C) GUÉRISON APRÈS ACCOUCHEMENT A TERME

Nous avons trouvé 39 observations où l'accouchement s'est produit à terme. Dans 25 cas, on note le début de l'anémie, et nous voyons que : 18 fois la maladie a débuté au 6-7-8-9<sup>e</sup> mois de grossesse et 7 fois dans les 5 premiers mois. Sur les 18 qui ont été atteintes dans les 4 derniers mois, nous trouvons : 4 à 9 mois, 7 à 8 mois,

2 à 7 mois, 5 à 6 mois. L'accouchement à terme s'est donc produit dans la majorité des cas au bout de 4 mois au maximum d'anémie.

Si nous examinons maintenant l'évolution, nous voyons qu'elle est la même que dans la catégorie précédente. Nous retrouvons, aussi bien au point de vue clinique qu'hématologique, une première période d'aggravation, avec un chiffre globulaire extrêmement bas : 460.000 (Jousselin obs. 29), 483.000 (Barjon-Cade obs. 47), 580.000 (Esch obs. 33), 625.000 (Cleisz obs. 26), 630.000 (Roth obs. 55), etc.

Puis survient la période d'amélioration. Nous l'avons déjà décrite quant à la clinique, et nous n'y reviendrons pas. Au point de vue hématologique, la montée globulaire est là encore très rapide :

En 6 jours, la malade de Sauvage et Vincent (obs. 32) passe de 720.000 à 3.084.000 ; alors que pendant 3 mois rien n'avait pu arrêter la chute globulaire, il a suffi que cette malade accouche pour que l'augmentation se produise. En 23 jours, la malade de Bertino (obs. 45) passe de 948.000 à 3.120.000. En un mois, celle de Cleisz (obs. 26) monte de 625.000 à 4.200.000. En un mois et demi, celle de Audebert (obs. 39) passe de 643.000 à 2.066.460. En 5 semaines, celle de Esch monte de 580.000 à 4.920.000, etc., etc. (Voir les observations).

Le chiffre leucocytaire est quelquefois normal, mais dans la grande majorité des observations, il est fortement augmenté. C'est dans ce groupe que nous avons noté les plus gros chiffres après l'accouchement. Moravitz (obs. 42) signale 48.000 gl. blancs, Signorelli (obs. 25) 20.000,

Jungman (obs. 30) 22.000, Ecalle (obs. 22) 25.000, Joussevitch (obs. 38) 18.000.

Il y a toujours prédominance des polynucléaires. Dans certains cas même, le chiffre est très élevé : 85 % (Beckman obs. 24), 84 o/o (Jungman obs. 30), 89,5 (Sauvage et Vincent obs. 32), 82,5 (Joussevitch obs. 38), etc. Exceptionnellement on trouve un cas comme celui de Gurowitch (obs. 44) avec 39 % de polynucléaires. Par contre, la lymphocytose était très élevée 55,5 %. Dans la majorité des cas, le pourcentage des polynucléaires évoluait entre 70 et 80 %.

Rien à dire sur les éosinophiles, les mononucléaires et les lymphocytes. Dans 4 cas cependant, lymphocytose nette après l'accouchement : Esch (obs. 34) 50 %, Esch (obs. 33) 60 %, Gurowitch (obs. 44) 55,5 %, Signorelli (obs. 25) 43 %.

Globules rouges nucléés, myélocytes se montrent aussi parfois avec un pourcentage élevé montrant combien la réaction myéloïde est intense :

Normoblastes : 93 % (Jungman obs. 31), 18 % (Jungman obs. 30), 10 % (Joussevitch obs. 38), 10 % Jousselin obs. 29).

Mégaloblastes : 11 % (Jungman obs. 31), 6 % (Jousselin obs. 29).

Myélocytes : 13 % (Ecalles obs. 22), 10,9 % (Jungman obs. 31), 6 % (Weber obs. 41), 5 % (Jousselin obs. 29, Jungman II obs. 30).

Enfants. — Sur ces 39 accouchements il y eut 25 enfants vivants dont 2 moururent à 18 et 38 jours.

5 morts-nés dont 4 macérés.

11 cas sans renseignements sur les enfants.

A noter que dans 2 cas les femmes eurent des jumeaux vivants.

Le poids des enfants à la naissance évoluait entre 1.350 et 3.700 grammes.

Signalons enfin le cas de Gurowitch (obs. 48) où l'enfant n'avait en naissant que 45 % d'hémoglobine. Ce chiffre est d'autant plus intéressant que dans tous les cas où l'examen de sang de l'enfant fut pratiqué, on a trouvé une teneur en hémoglobine normale ainsi que le nombre des globules rouges.

Dans cette catégorie, nous concluerons donc que si l'accouchement s'est trouvé être à terme, il ne faut pas oublier que ces femmes, dans la grande majorité, n'ont présenté leur anémie pernicieuse qu'au 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> mois, et que la durée de la maladie avant l'accouchement n'a pas excédé 4 mois. Tant que le fœtus n'a pas été expulsé, le chiffre globulaire n'a pu augmenter.

### III) CAS OÙ LA GUÉRISON S'EST PRODUITE APRÈS UN ACCOUCHEMENT OU UN AVORTEMENT PROVOQUÉ

Nous avons trouvé dans la littérature 10 cas de guérison après accouchement provoqué. Chez 8 femmes seulement nous avons les dates de début de la maladie et la date à laquelle l'accouchement fut provoqué :

Chez 5 on provoqua l'accouchement au bout de 1 mois de maladie,

Chez 1 au bout de 2 mois,

Chez 1 au bout de 3 mois,

Chez 1 au bout de 4 mois.

7 de ces malades avaient de 1 à 2.000.000 de globules

rouges, 2 avaient au-dessous de 1.000.000. Enfin la malade de Findley avait 3.250.000 globules rouges à la fin de la 4<sup>e</sup> semaine de grossesse. Cet auteur, trouvant tous les signes d'anémie pernicieuse et un ovaire gauché kystique, fit à sa malade une hystérectomie. Nous éliminerons ce cas où le traitement vraiment trop radical est exagéré.

Quelle fut l'évolution dans ces cas ? Disons tout de suite qu'elle est la même que dans les cas précédents : aussitôt après l'accouchement, légère aggravation, puis ascension immédiate du chiffre globulaire avec résurrection de la malade. C'est ainsi que dans le cas de Varaldo (obs. 66) le chiffre globulaire tombe de 889.000 à 760.000. Dans celui de Clivio (obs. 65) de 925.000 à 767.500. Dans celui de Clivio (obs. 64) de 1.025.000 à 772.000. Dans celui de Stieda (obs. 68) de 1.700.000 à 1.150.000. A cette aggravation apparente, fait rapidement suite l'amélioration. L'observation de Pettersen (obs. 59) est même à ce sujet très intéressante à étudier, car aucun médicament ne fut donné justement pour montrer que l'anémie pernicieuse gravidique pouvait guérir seule, après l'expulsion du fœtus. Dans cette observation, nous voyons 1.820.000 globules rouges le 3 mai avant l'accouchement. On provoque ce dernier le 6 mai. Le 23 mai : 2.050.000 globules rouges, le 11 juin : 3.100.000. En 35 jours donc, cette malade est montée de 1.820.000 à 3.100.000 gl. r., soit un gain de 1.280.000 gl. r. Le 17 août, 3 mois après son accouchement, elle avait 4.200.000. Dans le cas de Stieda (obs. 68) en 20 jours le chiffre globulaire passe de 1.700.000 à 4.677.500. Dans celui de Varaldo, en 2 mois

10 jours de 889.000 à 4.2000.000. Dans celui de Clivio (obs. 65) en 15 jours de 767.500 à 2.345.000, etc.

Nous n'insisterons pas sur la formule leucocytaire ni sur les globules nucléés. Nous retrouvons ici les mêmes formules que précédemment.

ENFANTS. — Sur les 9 cas, il y eut 4 enfants vivants, 2 morts dont 1 macéré, et 3 sans renseignements sur les enfants. Le poids des enfants vivants variait de 2.000 à 3.000 grammes.

D'après l'étude de ces accouchements provoqués, nous voyons donc que l'évolution est absolument la même que dans les autres catégories. L'aggravation apparente puis la montée du chiffre globulaire n'est ni plus ni moins rapide que lorsque la malade accouche spontanément. La réparation sanguine se fait tout aussi bien. A quoi donc sont dus les échecs qui sont signalés lorsqu'on provoque l'accouchement? A notre avis, si l'accouchement a été provoqué à temps, la guérison est certaine. Si au contraire il est pratiqué trop tardivement, la malade n'est pas capable de résister à la fatigue de l'accouchement et à l'aggravation momentanée de l'anémie qui suit l'accouchement, alors elle succombe.

Après l'expulsion du fœtus, nous avons donc vu que la guérison de l'anémie pernicieuse gravidique était possible. Au bout de peu de mois, les femmes ont pu reprendre leur travail et souvent un travail assez pénible. Que sont-elles devenues? Beaucoup de ces femmes ont été revues dans la suite, et nous ne trouvons sur nos 68 cas de guérison qu'une observation où la femme a présenté

une nouvelle anémie pernicieuse à la grossesse suivante. C'est le cas de Pontano (obs. 2). Cette femme enceinte de 7 mois était entrée pendant quelques jours à l'hôpital en mai 1909. Là on lui avait trouvé tous les signes d'anémie pernicieuse, et l'examen de sang avait montré un chiffre globulaire de 870.000 Hémoglobine 25 %. Valeur globulaire 1,52. Rentrée chez elle, elle accoucha prématurément d'un enfant vivant qu'elle nourrit au sein, puis reprit ses occupations. En octobre 1911, elle revint présentant une grossesse de 3 mois et tous les symptômes d'une nouvelle anémie, avec 735.000 globules rouges. Elle avorta spontanément, et le 12 novembre elle sortit complètement guérie.

A part ce cas, toutes les malades qui ont été revues n'ont pas présenté de rechutes et peuvent être considérées comme guéries complètement. Plusieurs eurent depuis une et même plusieurs grossesses sans accident :

Dans l'observation de Esch (obs. 34) la malade avait présenté son anémie pernicieuse gravidique en 1911. En 1914, elle a 4.816.000 gl. r. En 1915, 4.900.000. En 1918, elle fait une nouvelle grossesse et accouche normalement sans signe d'anémie. En 1919, elle a 4.532.000 gl. rouges.

Dans celle de Esch (obs. 33) : anémie pernicieuse gravidique en 1911. La femme présente en 1914 5.512.000 gl. r. En 1919 : 4.300.000.

Dans le cas de Esch (obs. 28) l'anémie date de 1914. En 1915, la femme présente 3.712.000 gl. r., et en 1919 4.363.000.

Dans l'observation de Nœgli (obs. 19), l'anémie a eu lieu en 1901. Depuis, la femme a eu 3 grossesses avec

accouchements normaux. Les examens de sang faits chaque fois (1903-1908 et 1911) montrèrent une numération globulaire normale.

Dans le cas de Gurowitch (obs. 44) la femme guérit de son anémie pernicieuse gravidique en 1904. Elle est revue en 1905-1908-1911. Son état est toujours excellent, et l'examen de sang normal. Dans le cas de Gurowitch (obs. 48), l'anémie a lieu en 1901. Elle accouche à nouveau en mai 1903. En août de la même année, elle présente 3.980.000 gl. r. En octobre 4.752.000. En 1904, elle a 4.700.000 gl. r. et en 1911 : 5.068.000, etc.

Nous pouvons donc considérer que dans la majorité des cas, la guérison est définitive. Nous n'avons trouvé qu'une rechute, et à l'occasion d'une nouvelle grossesse, ce qui est une preuve de plus en faveur de cette théorie que l'anémie pernicieuse gravidique est une anémie spéciale à la gestation, puisqu'elle ne se reproduit que si la femme est à nouveau enceinte.

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT

*L'expulsion du fœtus est le point capital du traitement.*

Hayem, Tarnier, Pinard, Bar, Decroix, sont contraires à cette théorie. Pour ces auteurs, l'accouchement n'arrête pas la marche de la maladie. Dans la plupart des cas, il apporte même une aggravation, la femme mourant le jour même ou quelques jours après.

Cette théorie est facilement réfutable. Toutes nos observations montrent, en effet, qu'aucune amélioration ne peut se produire tant que l'accouchement n'a pas eu lieu. L'observation de Sauvage et Vincent est à ce point de vue la plus typique. Nous avons du reste dressé un tableau de toutes les observations de guérison que nous avons pu réunir avec examens de sang. Il en résulte que jusqu'à l'accouchement le chiffre globulaire baisse, puis remonte ensuite : l'accouchement arrête donc bien la chute globulaire.

Quant à l'aggravation passagère qui suit l'accouchement, elle existe dans presque tous les cas et il faut toujours s'y attendre. *Si la malade est trop faible par suite d'une anémie grave qui dure depuis trop longtemps, fatalement elle succombera à l'aggravation qui suit l'accouchement. Si au contraire l'anémie ne date pas de trop*

*longtemps, elle aura encore la résistance voulue pour supporter cette aggravation passagère, puis ensuite, la cause de l'anémie n'existant plus, elle guérira rapidement.* C'est ce que nous avons vu dans toutes les observations de guérison : la majorité des malades a accouché spontanément, avant 4 mois d'anémie, soit par avortement, soit prématurément, soit à terme.

Donc si nous voulons guérir une anémie pernicieuse gravidique, il faudra non seulement faire expulser le fœtus, mais encore ne pas pratiquer cette opération trop tardivement.

Quant au traitement contre l'anémie elle-même, il peut être étiologique ou symptomatique.

*Traitement étiologique.* — A l'heure actuelle, il n'y a que le *traitement antisiphilitique*. On a intérêt à le commencer avant l'accouchement. Il ne fera pas monter immédiatement le chiffre globulaire, mais il agira aussitôt l'accouchement. Telle la malade d'Aubertin qui subit avant son accouchement un traitement de novarseno benzol intraveineux. Très rapidement, le taux globulaire redevint normal après l'accouchement. Ce cas montre bien que tant que le fœtus n'a pas été expulsé, l'action du médicament ne peut se faire sentir, et que le traitement médical n'a qu'une action adjuvante ; mais aussitôt l'accouchement, sans qu'une nouvelle thérapeutique ait été instituée, la guérison s'est produite spontanément, aidée par le traitement antisiphilitique que l'on avait fait auparavant.

Quant au *traitement symptomatique*, il est très va-

riable. Il doit être considéré avant et après l'accouchement.

Avant l'accouchement, malgré tous les traitements possibles, on ne pourra compter sur la guérison. Il est exceptionnel de pouvoir faire remonter le chiffre globulaire (voir cependant les observations de Lellouche, Chaton, Weber) ; on ne peut en général espérer qu'une chose : ralentir la chute globulaire.

Si avant l'accouchement la thérapeutique ne joue qu'un rôle adjuvant, elle devient sinon absolument indispensable (cas de Pettersen), du moins très utile après l'expulsion du fœtus. Elle activera en effet la rénovation globulaire et la quasi-résurrection que nous avons signalées, et surtout elle permettra à la malade défaillante de surmonter la période d'aggravation momentanée dont nous avons parlé.

Voyons donc les différentes thérapeutiques susceptibles d'être employées. Le traitement peut être très variable suivant les cas et suivant les auteurs.

Le *fer* préconisé par Hayem sous forme de composé organique, sirop ou extrait d'hémoglobine, peut être utilisé. Il faut signaler que la médication ferrugineuse produit souvent des troubles gastro-intestinaux très marqués, qui peuvent avoir une action néfaste surtout chez les malades dont les fonctions digestives sont déjà troublées. Néanmoins nous avons relevé plusieurs observations où le fer a été utilisé soit seul soit presque toujours avec d'autres médicaments.

L'*arsenic* conseillé par Laache, Padley, Warfvinge, Grawitz, Hayem, Bezançon, Labbé, Vaquez, Aubertin peut

être administré par voie gastrique sous forme de liqueur de Fowler ou de liqueur de Boudin, ou par voie hypodermique sous forme de cocadylate de soude, ce dernier mode d'administration étant préférable en raison des troubles digestif. Aussi l'arsénobenzol, le néosalvarsan, l'hectine, sont très employés. Byron Bramwel, Paquet, se sont montrés particulièrement enthousiastes des résultats obtenus par l'arsénobenzol qu'ils préfèrent aux autres sels d'arsenic ; Garipuy a préconisé les injections d'arsenic colloïdal ; Chauffard, Bouchard, les injections d'arséniate de potasse.

Le *sérum hémopoïétique* a été appliqué par Carnot et de nombreux auteurs soit en injections intra-veineuses soit en injections sous-cutanées. A cause des accidents sériques il est préférable de le donner par voie buccale ou rectale.

L'*opothérapie médullaire* a été préconisé par Clivio, Aubertin, Bertino, Gleisz. Ces auteurs ont obtenu de très bons résultats avec la moelle. La moelle agit en excitant la fonction médullaire insuffisante ou déviée.

Aubertin recommande d'employer la moelle rouge provenant d'animaux jeunes car elle est très active et presque entièrement cellulaire. En outre elle contient comparativement beaucoup plus de cellules rouges par rapport aux cellules blanches.

Des différentes préparations la meilleure est la moelle fraîche. C'est le procédé de choix.

Bossi, Varaldo ont employé les injections de *sublimé corrosif* comme susceptible d'augmenter la résistance globulaire.

De tous ces médicaments les plus employés, dans nos observations de guérison, furent le fer, l'arsenic et la moëlle. Mais parmi les divers traitements qui ont été mis en œuvre dans les cas terminés par la guérison, les plus actifs outre ceux indiqués plus haut, sont les *transfusions de sang*: soit transfusion massive intraveineuse de 500 cm<sup>3</sup> de sang citraté (Schmidt, Ecalé, Quinke, Weber).

Soit injections sous-cutanées répétées de petites quantités de sang défibriné (Esch, Beckman, Moravitz, Sachs), soit injections intra-musculaire répétées de petites quantités de sang en nature (Bauereisen, Clerc).

Soit autohémothérapie (Lellouche).

Ces transfusions de sang et particulièrement les injections de petites quantités de sang soit défibriné soit en nature semblent avoir donné les meilleurs résultats.

Mais le point capital à signaler, c'est l'insuffisance et l'impuissance de ces traitements tant que le fœtus est présent dans l'utérus. Il ne faut pas oublier qu'ils ne commencent à agir qu'après l'accouchement spontané ou provoqué. Il arrive même que l'expulsion du fœtus puisse amener la guérison sans le secours d'aucun médicament. (Voir observation Pettersen.)

Donc l'expulsion du fœtus est la condition nécessaire et parfois même la condition suffisante pour obtenir la guérison d'une anémie pernicieuse gravidique.

## CONCLUSIONS

I. — L'anémie pernicieuse gravidique est une anémie presque toujours plastique qui ne peut se produire en dehors de la gestation. C'est une anémie *sui generis* de la gestation. Elle est à distinguer de l'anémie pernicieuse qui survient, en dehors de toute gestation, chez les femmes fatiguées par des grossesses répétées, car cette dernière ne diffère en rien de l'anémie pernicieuse classique,

II. — L'anémie pernicieuse gravidique est susceptible de guérison. Nous avons trouvé 68 cas à évolution favorable. La guérison n'est possible qu'après l'expulsion du fœtus. Il n'existe pas à l'heure actuelle de nombreux critères permettant d'affirmer, tant au point de vue clinique qu'hématologique, un bon ou un mauvais pronostic. Cependant, en comparant les cas de guérison aux cas mortels, nous signalerons au point de vue clinique l'augmentation de la rate, symptôme favorable sur lequel M. Aubertin a insisté. Quant aux autres signes : œdèmes, albumine, dyspnée, hémorragies etc., nous les retrouvons dans tous les cas avec la même fréquence. Hématologiquement, le chiffre globulaire est aussi bas dans les cas qui guérissent que dans ceux suivis de mort. Il y a presque toujours leucocytose avec polynucléose. Les globules nucléés sont généralement présents, mais en petit nombre.

III. — Faut-il provoquer l'expulsion du fœtus ?

L'expulsion du fœtus est la condition de guérison de l'anémie pernicieuse gravidique. Donc, l'hypothèse d'une expulsion prématurée devra être envisagée. Il faudra surveiller la malade de très près (cliniquement et hémato-logiquement), et de toute façon ne pas attendre plus de 3 mois de maladie au maximum. On n'a du reste pas intérêt à attendre, car chaque jour de maladie expose davantage la femme, et si l'on provoque l'accouchement trop tardivement, on est sûr de courir à un échec, car la femme n'a plus les forces voulues pour résister à la légère aggravation qui suit l'accouchement.

IV. — Le fœtus expulsé, la guérison sera favorisée par un traitement médical intense, et tout spécialement par des injections de sang.

Vu : le Doyen,  
ROGER.

Vu : le Président de Thèse  
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer

*Le Recteur de l'Académie,*

APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ACCOLAS. — *Thèse de Lyon*, 1910-1911.

AGASSE-LAFONT. — *Thèse de Paris*, 1906

— *Annales de gynécologie et d'Obstétrique* 1910.

AGNEW. — *The physician and Surgeon*, juin 1912.

ANDRÉ. — *Thèse de Lyon* 1903

\* AUBERTIN. — L'anémie pernicieuse d'après les conceptions actuelles. *Société médicale des hôpitaux*, 18 mars 1904.

— Les réactions sanguines dans les anémies graves, symptomatiques et cryptogénétiques, *Thèse Paris* 1905.

— Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire, *Société médicale des hôpitaux*, 7 avril 1905.

— Sur les rechutes de l'anémie pernicieuse, éléments de pronostic tirés de la formule sanguine, *Société médicale des hôpitaux*, 27 juillet 1906.

— Du parallélisme entre l'état du sang et l'état de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse. *Semaine médicale*, 15 août 1906.

— Action comparée de l'arsenic et du fer dans les anémies. *Presse médicale* 20 mai 1914.

- \* AUBERTIN. — La Radiothérapie dans les anémies graves. *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, décembre 1914.
- Le traitement des anémies. *Paris* 1914.
- L'Hémoglobine musculaire dans les états anémiques. *Société de biologie*, 28 mai 1904.
- La rétraction du caillot et des hémotoblastes dans les anémies. *Société de biologie* 14 janvier 1905.
- Les anémies par anhématopoïèse. *Semaine médicale*, 15 juillet 1908.
- L'anémie pernicieuse gravidique. *Presse médicale*, 5 janvier 1924.
- \* AUDEBERT ET DALCUS. — *Annales de gynécologie et d'obstet.* 1910, p. 457.
- BAR-BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BARATCH. — *Thèse de Genève* 1913.
- \* BARJON ET CADE. — *Sté médicale des hôpitaux de Lyon*, 1902.
- BATUT. — *Thèse Paris* 1879.
- \* BAUEREISEN. — *Zentralblatt für gynäkologie*, août 1911.
- \* BECKMANN. — *Monatschrift für Geburtshilfe u. gynäkol.* 1921.
- BERGER. — *Münch. med. Wochens.* 1910.
- \* BERTINO. — *Annali di Ostetrica e gynecologia*, 1907.
- BLOCH. — *Thèse Paris* 1908.
- BLOCH UND HIRSCHFELD. — *Berlin. Klin. Wochens.* 1905.
- BOSHETTER. — *Zentralblatt f. gynäkol.* 1916.
- BOVI. — Un cas d'anémie pernicieuse gravidique. *Assoc. med. Veron in Reforma medica*, 26 mars 1921.
- BUDIN ET DEMELIN. — *Traité d'accouchement.*

- \* BYRON-BRANWELL. — *Brit. med. Journal*, 11 mars 1911.
- CACCINI. — *Reform medical journal*, juillet 1900.
- CARUSO. — *Società italiana di ostetrica e gynecologia*, octobre 1903.
- CAPRON. — *Thèse de Lille*, 1908.
- CARRILU ET OECONOMOS. — *Société des Sciences médic. de Montpellier*, 8 mai 1914.
- CAUSSADE ET SCHAEFFER. — *Sté Médic. des Hôpitaux de Paris*, 29 mai 1908.
- CHAMPON. — *Echo médical du Nord*, 25 juin 1921.
- \* CHATON. — *Bulletin Sté Obstét. et gynécol.*, Paris 1923.
- CHAUFFARD ET LOEDERICH. — *Revue de médecine* n° 9, sept. 1905.
- \* CLEISZ. — *Sté d'obs. et de gynécol.*, Paris, mars 1920, p. 174.
- \* CLIVIO. — *Annali di Ostretica et gynecologia*, 1901.  
— *Annali di Ostretica e gynecologia*, 1905.
- COMBES. — *Revue méd. de la Suisse Romande*, 21 avril 1911.
- CUILLIA. — *Thèse de Palerme* 1909.
- DECROIX. — *Thèse Paris* 1899.
- DELUEN. — *Thèse Paris* 1913.
- \* ECALLE. — *Bulletin Sté d'Obstétr. et gynécol.*, Paris, 12 avril 1920.
- EHRLICH ET LAZARUS. — *Die Anemias*, 1904.
- ELDER AND MATTHEW. — *Pernicious anæmia following parturition. The Lancet* 1903.
- ENGEL. — *Berlin. Klinis. Wochens*, 1898.
- ENRIQUEZ-CLERC ET RATHERY. — *Sté médicale des hôpitaux* 1906.
- \* ESCH. — *Deutsch Med. Wochens*, 1911.  
— *Zeitsch für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1917.

- \* ESCH. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 1921, p. 341.
- EWALD. — *Berlin. Klinisch. Wochens*, 1895.
- FABRE ET BOURRET. — *Bulletin d'Obstétr. de Paris*, 1911.
- FERRO. — *Ginecol. Mod. Genova*, 1911.
- FIESSINGER. — *Journal des praticiens*, 8 juin 1912.
- \* FINDLEY. — *The Americ. Journal of Obstetrics*, juillet 1908 et août 1918.
- FORNACA ET RODANO. — Traitement des anémies graves par injection de sang, *Clinica medica Italiana* 1914, n° 6.
- GAUDIN. — *Thèse de Lyon* 1897-98.
- GARIPUY ET CLAUDE. — *Sté d'Osbtétr. de Paris*, 1908.
- GIORDANO. — *Folia medica*, 1919.
- GRAWITZ. — *Berlin. Klinis. Wochens*. 1898.
- *Berlin, Klinis. Wochen* 1901, n° 24.
- *Rapport de la Sté hématol. Berlin. Folia hématologica*, 1911.
- GUILLON. — *Thèse de Lyon* 1902
- GULLAND. — *Congrès de la British medical*, avril 1907.
- \* GUROWITCH. — *Thèse Zurich*, 1912.
- GUSSEROW. — *Archiv. für gynäkol.* 1871.
- HAMMONT. — *Journal of Americ. Med. Associat.*, 5 décembre 1908.
- HASSENCAMP. — *Thèse Marburg* 1914.
- HAYEM. — *Archives de Physiologie*, 1893.
- *Leçons cliniques*, 1899.
- *Du sang et de ses altérations*, 1900.
- HOUULMAN. — *Thèse de Paris* 1907-08.
- HUBER. — *Deutsche Mediz. Wochens*, 1910, n° 23.
- IMMERMANN. — *D. Arch. f. Klin. Mediz.*, l. 13, *Ziemssen's Handbuch*, XIII, I, p. 615, 1875.
- \* JOUSSELIN. — *Thèse Paris* 1914.

- \* JOUSSEWITCH. — *Thèse Genève* 1911.
- \* JUNGMAN. — *Munchner med. Wochens*, 1914-1915.
- KLEIN. — Die pathologie des Blutes und der Blutkrankheiten. *Leipzig*, 1896.
- KOUMANE. — *Thèse, Montpellier* 1906.
- LAACHE. — *Deutsche Mediz. Wochens*, 1891, n° 5.
- LABBÉ ET SALOMON. — *Revue de Médecine* 1908.
- LAUNOIS ET WEIL. — *Revue de Médecine* 1904.
- LE LORIER. — A propos de l'anémie dans les suites de couches. *Sté d'Obstét. et gynécol. Paris*, 12 avril 1920.
- LELLOUCHE. — *Thèse Alger* 1920.
- LEVI (G.). — Note cliniche ed ematologiche intorno ad alcuni casi di anemia progressiva in gravidanza. *Folia gynaecol. Pavia* 1912.
- \* MAFFRE-BAUGÉ. — *Thèse Montpellier* 1912.
- \* MAGNES. — *Thèse Toulouse* 1909-10.
- MARTELLI. — *Il mondo medico* n° 1-2, 1919.
- MASSARY ET WEIL. — *Sté médicale des Hôpitaux* 1908, p. 872.
- \* MERLETTI. — *Annali di Ostet. e gynecol.* 1897-1898-1901.
- MORAWITZ. — *Munchener Mediz. Wochens*, 1907, n° 16.
- MOUISSET ET PETITJEAN. — *Lyon Médical* 1908.
- NAUER. — *Thèse Zurich* 1897.
- NEUMANN ET HERMANN. — *Wiener Klin. Wochens*, 1911, n° 2.
- \* NÆGLI. — *Clinique de Eichhort.*  
— *Lehrbuch der Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Berlin und Leipzig* 1919.
- OLIVA. — *Annali di gynecol. e Ostetrica* 1901.
- PAGNIER. — *Thèse Paris* 1902.

PAPENHEIM. — *Berlin. Klinis. Wochen.* 1911.

— *Folia hematologica* 1911.

\* PAQUET. — *Bulletin Sté d'Obstét. et de gynécol. Paris (Lille)* 1920.

PARVU ET FOUQUIAU. — *Arch. des mal. du cœur et du sang*, févr. 1912.

PERRIN (SPIRE et). — *Sté d'Obstét. et de gynécol. Paris* 1912, p. 949.

\* PETERSEN. — *Arch. mens. d'Obstet. et Gynecol.* 1918.

PLANCHARD. — *Thèse Paris* 1888.

PLEHN. — *Berlin. Klin. Wochens.* 1907.

PLICOT. — *Thèse Paris* 1894.

\* PONTANO. — *Il policlino*, mars 1912 (*Sezione Pratica*).

QUINCKE. — *Volkman's, Sammlungen* 1876, n° 100.

— *Deutsches Archiv. f. Klin. Mediz.* t. 20 et t. 25.

QUINQUAND. — *Chimie pathologique.*

\* RAVANO. — *Annali di Ostetr. e gynecol.* 1904.

RENOU. — Anémie pernic. traitée par la radiothérapie et le sérum antidiphthérique. *Sté médicale* 1906.

RESINELLI. — *Società Italiana di Ostetr. e gynecol.*, octobre 1903.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique.*

\* ROBERT. — *Thèse de Lyon* 1907.

\* ROGER. — *Province Médicale*, février 1912, n° 6.

\* ROTH. — *Mediz. Klinik* 1910.

\* RÜMPF. — *Zentralblatt f. gynäköl.* 1922, n° 23.

\* SACHS. — *Zeitsch. f. Geburtsh. und gynäköl.* 1909.

SALLOZ. — *Congrès de Médecine de Suisse* 1922.

\* SANDBERG. — *Thèse Zurich* 1905.

\* SANDOZ. — *Correspondant Blatt.*

\* SAUVAGE-VINCENT. — *Bulletin Sté Obst. et gynécol. Paris*, 1913.

- SAVARE. — *Annali di Ostetr. e gynecol.*, 1904.
- SBISA. — *Il morgagni*, avril 1908.
- SCHEVELER. — *Thèse Nancy* 1913.
- \* SCHMIDT (HARRY BURKE). — *Surgery Gyn. and Obst.* 1918.
- SEITZ (S.). — *Handbuch für Geburtshülfe. Band II, Wiesbaden* 1916.
- SICARD. — *L'autohémothérapie et l'homohémothérapie dans les anémies. Presse médicale*, juin 1918.
- \* SIGNORELLI. — *Reforma Medica* 1920.
- SILBERMANN. — *Berlin. Klin. Wochens*, 1886.
- SPIRE ET PERRIN. — *Sté d'Obstétr. et gynécol. Paris* 1912, p. 949.
- \* STIEDA. — *Zentralblatt f. gynäkol.* 1897, n° 44.
- STOCKTON. — *The Americ. Journal of Med. Sciences* n° 4, 1919.
- SYLLABA. — *Résumé in thèse Tcherniac*.
- TARNIER. — *Journal des Sages-femmes*, 1<sup>er</sup> juin 1882.  
— *Journal des Sages-femmes*, 1892.  
— *Bulletin Médical*, 16 décembre 1894.
- TARNIER ET BUDIN. — *Accouchements*.
- TCHERNIAC. — *Thèse Paris* 1909.
- \* TCHERTKOFF. — *Thèse Paris* 1911-12.
- TIXIER. — *La Clinique*, 7 janvier 1910.
- VAINDRACK. — *Thèse Montpellier* 1905.
- \* VALLOIS ET COLL. DE CARRÉA. — *Bulletin de la Sté Obstét. et Gynécol. Paris* 1923, n° 8.
- VAQUEZ. — *Des Etats anémiques. Archives génér. de médecine*, 18 avril 1905.
- \* VARALDO. — *Annali di Ostetrica e gynecol.* 1902.
- VENOT. — *Revue pratique d'obstétr. et de gynécol.* 1907.
- \* VERMELIN ET VIGNEUL. — *Bulletin Sté Obst. et gynécol., Paris* 1921 (Nancy).

- VETLESEN. — *Munch, med. Wochensch.* 1909, p. 459.
- VIGNES ET STIASSNIE. — *Bulletin Sté Gynécol. et obstét.*  
*Paris* 1921.
- VINCENZO. — *Gaz. degli ospitali et del. clin.* n° 14. 1900.
- \* VORON ET BARLATIER. — *Sté des Sciences médicales de*  
*Lyon* 1907.
- \* VORON ET GEREST. — *Bulletin Sté Obstét. et gynécologie.*  
*Paris* 1912.
- WALTER. — Injection de sang dans un cas d'anémie pern-  
cieuse. *Congrès pour l'avancement des sciences,*  
*section médicale.*
- \* WEBER. — *Deutsch. Archiv. für Klin. Med.* 1909.
- ZAUGENMEISTER. — *Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynâkol.*  
49, p. 82.
- ZIEGLER. — *Deutsches Arch. f. Klin. Mediz.* 1910.
- ZOELLER. — *Thèse, Paris* 1876.
- ZOPPELLI. — *Gaz. degli. Osped.* 14 mai 1905.

Nous avons trouvé nos ohbservations dans les auteurs  
marqués d'un astérique.



## TABLE DES MATIERES

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE PREMIER .....                                                                | 13  |
| CHAPITRE II. — Possibilité de guérison de l'anémie<br>gravidique .....                | 17  |
| CHAPITRE III. — <i>Observations de guérison :</i>                                     |     |
| Observations des cas présentant 1 avortement<br>spontané .....                        | 19  |
| Observations des cas présentant 1 accouche-<br>ment spontané prématuré.....           | 25  |
| Observations des cas présentant 1 accouche-<br>ment spontané à terme.....             | 61  |
| Observations des cas présentant 1 accouche-<br>ment provoqué .....                    | 135 |
| CHAPITRE IV. — Etiologie .....                                                        | 149 |
| —           Symptômes .....                                                           | 155 |
| —           Hématologie .....                                                         | 164 |
| CHAPITRE V. — Evolution.....                                                          | 175 |
| Evolution des cas où la guérison s'est pro-<br>duite avant l'expulsion du fœtus.....  | 175 |
| Evolution des cas où la guérison s'est pro-<br>duite après accouchement spontané..... | 176 |
| Evolution des cas où la guérison s'est pro-<br>duite après un accouchement provoqué.. | 184 |
| CHAPITRE VI. — Traitement.....                                                        | 189 |
| CONCLUSIONS .....                                                                     | 194 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                   | 196 |









